

# **Etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid - rus**

En kvalitativ evalueringsstudie

---

## **Post-graduate training course in mental health and substance abuse**

A qualitative evaluation study

**Bjarte Austvik**



Høgskolen i **Hedmark**

Mastergradsoppgave – MMHC Master of Mental Health

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

August 2012



## **SAMMENDRAG**

### Bakgrunn og hensikt

Tema for denne oppgaven har vært å gjennomføre en evalueringsstudie av etterutdanningskurs i psykisk helse og rus, gjennomført i regi av Hoved-Undervisningssykehuset region sør.

Hensikten med studien er å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid og rus, som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse. Evalueringsstudien søker å ha et resultatorientert fokus, og vil således være et bidrag i kvalitetsforbedringsarbeidet innen kompetanseheving av helsepersonell.

### Metode

Studien er utformet som en kvalitativ evalueringsstudie. Datainnsamling er gjort ved individuelle intervjuer blant helsearbeidere som gjennomførte dette etterutdanningskurset. Det innhentede datamaterialet er bearbeidet ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Malterud (2011).

### Resultater

Psykisk helse og rusarbeid er et tema stadig flere helsearbeidere møter i sin hverdag. Dette er en erkjennelse som både fremkommer hos helsepersonell selv, men er også poengtert fra de nasjonale myndigheter. Det er i studien pekt på at dette er et fagfelt som er endring og behovet for kunnskap er i økning. Studien viser at formidling av kunnskap gjennom en kombinasjon av undervisning, felles refleksjon og som er forankret i praksis og løftet frem i en tverrfaglig kontekst, har gitt kursdeltakerne økt kompetanse som er relevant for deres arbeid.

### Emneord

Psykisk helsearbeid og rus, Utdanning, Kompetanseutvikling, Tverrfaglig psykisk helsearbeid, Evaluering.

Antall ord: 21.489

## **ABSTRACT**

### Background and purpose

The theme for this task has been to conduct an evaluation study of a post-graduate training course in mental health and substance abuse, conducted by the Hoved-Undervisningssykehuset for region sør.

The purpose of this study is to gain a more thorough understanding of the factors in continuing training courses in mental health and substance abuse, which seems to affect the good outcomes and improved skills. This evaluation study seeks to have a results-oriented focus, and will thus be a contribution to quality improvement efforts within the competence of health professionals.

### Method

The study is designed as a qualitative evaluation study. Data collection is done by individual interviews among health care workers who completed this post-graduate training course. The collected data is processed using qualitative content analysis inspired by Malterud (2011).

### Result

Mental health care and substance abuse is an issue more and more health professionals encounter in their daily work. This is a recognition that both are presented by healthcare professional, but also pointed out by national authorities. It is in the study pointed out that this is a field that is changing and the need for knowledge is increased. This study shows that the dissemination of knowledge through a combination of teaching, shared reflection and which is rooted in practice and highlighted in an interdisciplinary context, has given the participants increased skills relevant to their work.

### Keywords

Mental health care, Education, Competence and development, Inter professional mental health care, Evaluation.

Number of words: 21.489

<b>SAMMENDRAG</b>	Side 3
<b>ABSTRACT</b>	4
<b>1. INNLEDNING</b>	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt og problemstilling	9
1.3 Studiens avgrensning	9
1.4 Oppgavens oppbygging	10
1.5 Forforståelse	10
<b>2. REFERANSERAMME</b>	13
2.1 Kunnskapssyn i endring	13
2.1.1 Kunnskapsmakt	13
2.1.2 Fremvekst av ny tenkning	14
2.1.3 Komplementære vitenskapstradisjoner	15
2.2 Etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid – rus	17
2.2.1 Hoved-Undervisningssykehjemmet for region sør	17
2.2.2 Etterutdanningskurs i psykisk helse - rus	18
2.2.3 Kursets målsetting	18
2.2.4 Organisering	18
2.2.5 Undervisningsformer	20
2.3 Kompetansebegrepet	21
2.3.1 Personlig kompetanse	22
2.3.2 Kompetanseutvikling	22
2.3.3 Tverrfaglig, overlappende og felles basiskompetanse	24
2.3.4 Kompetanse innen psykisk helsearbeid	26
<b>3. TIDLIGERE FORSKNING</b>	28
3.1 Forskning på psykisk helse	28
3.2 Forskning på utdanning og kompetanse i psykisk helsearbeid	28
3.3 Om å holde på kompetent helsepersonell	29
<b>4. METODISKE OVERVEIELSER</b>	30
4.1 Valg av design	30
4.2 Om evalueringsstudier	30
4.2.1 Måloppfyllelsesanalyser	32
4.2.2 Om behov for evalueringsstudier	32
4.3 Datainnsamling	33
4.3.1 Utvalg av informanter	34
4.3.2 Intervjuguide	34
4.4 Kvalitativ innholdsanalyse	35
4.5 Litteratursøk	38
4.6 Validitet eller gyldighet, noen valg av begrep	38
4.7 Etske overveielser	39
4.7.1 Intervju av helsepersonell	40

<b>5. PRESENTASJON AV FUNN</b>	41
<b>5.1 Læringsutbytte</b>	42
<u>5.1.1 Opplevelse av læring</u>	42
<u>5.1.2 Læringsnivå</u>	42
<u>5.1.3 Læringsarena</u>	43
<u>5.1.4 Passiv og aktiv læring</u>	43
<u>5.1.5 Varig læring</u>	44
<b>5.2 Kompetanse</b>	44
<u>5.2.1 Personlig kompetanse</u>	45
<u>5.2.2 Erfaringskompetanse</u>	45
<u>5.2.3 Felles basiskompetanse</u>	45
<u>5.2.4 Tverrfaglig kompetanse</u>	46
<b>5.3 Forbedring</b>	46
<u>5.3.1 Kursets organisering</u>	46
<u>5.3.2 Undervisningsformer</u>	47
<u>5.3.3 Vurderingsformer</u>	58
<u>5.3.4 Omfang</u>	58
<b>6. DRØFTNING</b>	49
<b>6.1 Kompetanse og kompetansebygging</b>	49
<u>6.1.1 Kompetansebehovet innen psykisk helsearbeid og rus</u>	49
<u>6.1.2 Personlig kompetanse</u>	51
<u>6.1.3 Erfaringskompetanse</u>	52
<u>6.1.4 Felles basiskompetanse</u>	52
<u>6.1.5 Tverrfaglig kompetanse</u>	53
<u>6.1.6 Subjektiv opplevelse av egen kompetanse</u>	54
<b>6.2 Læringsutbytte</b>	55
<u>6.2.1 Opplevd læringsutbytte</u>	55
<u>6.2.2 Virksom læring</u>	56
<b>6.3 Kursets målsetting</b>	57
<u>6.3.1 En hensiktsmessig målsetting?</u>	59
<b>7. METODISKE OVERVEIELSER</b>	60
<b>7.1 Valg av design</b>	60
<b>7.2 Utvalg</b>	61
<b>7.3 Datainnsamling</b>	61
<b>7.4 Kildekritikk</b>	62
<b>7.5 Om å forske på eget arbeid</b>	63
<b>8. KONKLUSJON</b>	65
<b>9. LITTERATURLISTE</b>	67
<b>VEDLEGG</b>	
1. Intervjuguide	
2. Informasjonsbrev 1. og 2.	
3. Godkjenning fra NSD	
4. Skjematisk tabell: Tema/Kategori/Sub-kategori.	

## 1. INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp nr. 63. 1997-97) ble avsluttet I 2008/09. Intensjonen og bakgrunn for opptappingsplanen bygget på Stortingsmelding nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* som ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringene innen psykisk helsearbeid, der hovedføringene som ble gitt var fokus på økt brukermedvirkning og en mer helhetlig helsetjeneste. St meld nr. 25 ga videre en klar anbefaling om at tjenestetilbudet innen det kommunale helsetjenesten måtte styrkes. De anbefalinger som ble gitt i St meld nr 25 ga oppdrag til en rekke faglige utredningsoppdrag. Et av disse var å vurdere hvilken kompetanse fagfolk innen psykisk helsearbeid har. Videre om denne kompetanse er i samsvar med den utfordringen som fulgte av utviklingslinjene som ble skissert i St meld nr 25 (Statens helsetilsyn, 2001).

For inntil få år siden var hovedarena innen behandling og oppfølging av mennesker med psykiske lidelser eller avhengighetsproblematikk de psykiatriske sykehus. Som et resultat av opptappingsplanen har psykisk helse blitt satt på dagsorden også i det kommunale hjelpeapparatet (Robberstad, 2002). Psykisk helse er i dag et fagområde med relevans for alle tjenesteområder i kommunens sosial- og helsetjenester og er et av arbeidsområdene den enkelte helsearbeider i økende omfang møter i sin hverdag.

For helsearbeidere innen de ulike deler av kommunens helse-, sosial- og omsorgstjenester er arbeidsdagen preget av høy aktivitet, stadige forandringer og møte med brukere med komplekse og sammensatte behov. Dette medfører at ansatte innen sektoren har markert behov for økt kunnskap og forståelse innen fagfeltet. En kompetansekartleggingsundersøkelse, gjennomført sept - nov 2007 i Songdalen kommune (rapport 01/2008 USH), viser at så mye som 94% av de ansatte innen kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester sier de møter mennesker med psykiske og / eller rusrelaterte problemer i deres arbeid. Undersøkelsen viste også at flertallet av de ansatte ønsket kompetanseheving på dette området. En utfordring i denne endringsprosessen har vært og er følgelig, hvordan man kan øke den kommunale helsearbeiderens kompetanse for å imøtekomme disse utfordringene.

Det har både under og i tiden etter opptappingsplanen vært satset omfattende på kompetansebygging innen psykisk helsearbeid og rus. Utdanningene ved de offentlige

høgskoler og universitet er blitt styrket. Også andre frittstående kurs og etterutdanninger er etablert. Det foreligger flere evalueringer av disse studietilbudene (Harsvik & Ådnanes, 2007; Follo DPS, 2006; Andersen, 2006; Episteme Forskning, 2006). I en travel hverdag og med begrensede ressurser til å prioritere for at ansatte kan delta på utdanninger i regi av høgskoler og universiteter har det i tillegg vokst frem et behov for mindre og mer tilpassede kurs. Flere vegrer seg for å melde seg på store og omfattende videreutdanninger. Flertallet av disse utdanningene har og krav om grunnutdanning på bachelor nivå, noe som også bidrar til at mange av de kommunalt ansatte faller utenfor.

Som konsekvens av overnevnte, og som følge av et erkjent behov for økt kompetanse, ble det i regi av Regionalt Undervisningssykehjem region Sør, i 2008/09, gjennomført etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid og rus for kommunalt ansatte helse- og sosialarbeidere. Et interkommunalt tiltak i samarbeid med Universitetet i Agder og Sørlandet sykehus HF. Ansatte fra i alt 7 samarbeidende kommuner deltok. Samme etterutdanningskurs var tidligere gjennomført første gang i 2005/06 (Undervisningssykehjem, 2006). Kurset ble sist gjentatt i 2008/09. Ved avslutning av siste kurs ble det gjennomført en kortfattet evaluering der kursdeltakerne ble spurt om sine erfaringer fra kurset. Resultatene fra denne evalueringen er gjengitt i egen rapport (Hoved-USH, 2009) der kursdeltakerne beskriver sine erfaringer med positive tilbakemeldinger. Det man imidlertid ikke har kunnskap om er hvorvidt dette kurset spesifikt har bidratt til økt kompetanse jamfør kursets målsetting. Lite vet man også om den varige læringseffekten kurset har hatt for de ansatte. Det finnes få tilsvarende kurs å sammenligne seg med, og det mangler følgelig gode evalueringer å støtte seg til. Erfaringer gjort, og tilbakemeldinger gitt ved evaluering av lignende kursmodeller innen eldreomsorg peker mot at slike kurs er hensiktsmessige (Thygesen & Tønsberg, 2004). Det er imidlertid ønskelig å få mer kunnskap om kursene gir ønsket kompetanseheving og om dette virkelig bidrar til bedre kvalitet på tjenestene.

På oppdrag av nå Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, det tidligere hoved-Undervisningssykehjem for region sør, vil jeg gjennomføre en evaluering av etterutdanningskurset i psykisk helsearbeid og rus. Evalueringsstudien søker å ha et resultatorientert fokus, og vil således være et bidrag i kvalitetsforbedringsarbeidet innen kompetanseheving av helsepersonell.



## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien er å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid og rus, som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse.

Problemstillingen for denne studien i stikkordsform:

- Hvilket utbytte har studiedeltakerne hatt av etterutdanningskurset?
- Har gjennomføring av kurset ført til ytterligere kompetansebygging hos deltakerne?
- Har kursets målsetting vært hensiktsmessige?
- I hvilken grad er kursets målsetting nådd?
- Ut fra de funn denne studien avdekker, hvilke forbedringspunkter har man funnet?

## **1.3 Studiens avgrensning**

Tema for denne oppgaven er kurs i psykisk helse og rus arrangert for kommunalt ansatte innen kommunenes helse, omsorg og sosialtjenester. Studiens omfang avgrenses av kursdeltakerne som deltok ved siste kurs 2008/09. Utvalget begrenses til dette da tidsperioden for de deltakere fra første kurs nå er blitt for lang. Da studien kun holder fokus på dette ene kurset vil utfallet av studien kun ha direkte relevans som grunnlag for de mulige endringer som anbefales for gjennomføring av nye kurs. Studien har dermed i hovedsak direkte relevans for helsearbeidere innen det kommunale psykisk helsearbeid og kursopplegg tilrettelagt for disse. Evalueringsstudien vil imidlertid også kunne ha overføringverdi til andre kurs med tilsvarende innhold og organisering.

I kapittelet der funnene drøftes vil det fremkomme anbefalinger resonert ut fra de funn som er gjort. Evalueringsstudien gir imidlertid ikke konkrete forslag til endringer til fremtidige kurs.

De funn som fremkommer bearbeides gjennom kvalitativ innholdsanalyse. En annen metodebruk, for eksempel statistisk analyse, ville kunne fremkommet til andre resultater. Resultatene som presenteres i denne studien må derfor leses i den kontekst funnene er fremskaffet og analysert.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Studien er utformet som en kvalitativ evalueringsstudie. Datainnsamling er gjort ved individuelle intervjuer blant helsearbeidere som gjennomførte dette etterutdanningskurset. Det innhentede datamaterialet er bearbeidet ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Malterud (2011).

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for valg av tema, samt en større presentasjon av etterutdanningskurset som er gjenstand for denne studien. Videre presenteres studiens hensikt og hvilken problemstilling som senere skal drøftes i lys av de funn som gjøres. I kapittel 2 redegjøres det for det teoretiske rammeverk som er valgt til hjelp i analysearbeidet. Kapittel 3 gjør kort rede for tidligere forskning. Her gjøres en avgrensning relevant for denne studien. I 4. Kapittel presenteres og argumenteres det for de metodiske valg som er gjort. I siste halvdel av oppgaven, i kapittel 5 og 6 presenteres og drøftes de funn som er gjort. Funnene presenteres og drøftes sett i lys av det teoretiske rammeverk beskrevet i kapittel 2. Til slutt avsluttes oppgaven med en konklusjon som også inneholder hvilke anbefalinger studiens resultater avstedkommer med.

## **1.5 Forforståelse**

Som alle andre som går i gang med et forskningsstudium, vil også jeg gå til denne undersøkelsen med mine fordommer og forforståelse. Om forforståelse beskriver Aadland (2002) hvordan den mye refererte tyske filosof og hermeneutikeren Hans-Georg Gadamer introduserer begrepet forforståelse. Han skriver at forforståelsen er de forutsetninger vi bringer med oss, og at det er forforståelsen som avgjør om vi finner mening i en tekst eller i en handling. I følge Aadland mener Gadamer at vi:

”Aldri vil kunne møte verden uten et sett med ”briller”, eller for-dommer som hjelper oss til å finne et system, en orden eller kort og godt mening i det vi står overfor”. (ibid., s. 167)

Dette utsagnet bringer inn et faglig moment, men samtidig også et etisk moment. På samme måte som at mine tidligere erfaringer og faglige forståelse innvirker og preger mine fortolkninger og forståelse av det jeg undersøker, vil også min motivasjon og etiske verdier innvirke på samme måte. Som forsker vil mine verdier og mitt verdigrunnlag påvirke både min fremgangsmåte og min metodebruk, samt min evaluering og konklusjon. Videre vil mitt valg av metode heller ikke være fristilt denne samme innvirkning. Jeg går således ikke

uhildet til evalueringsarbeidet jeg nå gjør, og min bakgrunn vil uunngåelig innvirke på min arbeidsprosess og min fortolkning av de funn jeg gjør.

Min egen erfaring og yrkesbakgrunn innvirker således både i min forforståelse og også min fortolkning av temaet jeg nå skal fordype meg i. For å synliggjøre eget utgangspunkt og motivasjon for å ta til på denne studien vil jeg derfor presentere noe av det som etter sannsynlighet innvirker på mitt arbeid med denne oppgaven og som kan si noe om min forforståelse.

Egen yrkeserfaring har jeg fra ulike psykiatrisk sykehusavdelinger samt også innen kommunens helsetjeneste. Hovedsakelig ved direkte klientrettet arbeid i sengepost og poliklinikk, men også innen undervisning, fagutvikling og prosjektledelse. I en treårsperiode har jeg også vært praksisveileder for sykepleiere som er ute i klinisk praksis innen de ulike deler av psykiatri og psykisk helsearbeid. Min erfaringsbakgrunn er dermed både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjenesten, samt også fra Universitet som er utdanningsinstitusjon for de sosial- og helsefaglige utdanninger. Alt i alt har jeg studert og arbeidet innen psykisk helsefeltet siste 15 år og har således vært med under de siste årenes store endringer innen dette fagområdet. Som psykiatrisk sykepleier har jeg kjennskap til fagfeltet, og dermed også mange erfaringer som preger min forforståelse og mitt kunnskapssyn.

Fra min utdanning i sykepleie og i de årene jeg har vært ansatt ved psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten var studiene og arbeidet preget av et kunnskapssyn utgått i hovedsak fra den naturvitenskaplige medisinske orienterte psykiatri. Senere og etter å ha tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid og påfølgende arbeid innen det kommunale psykisk helsearbeidet har jeg fått erfaring i arbeidsmåter tuftet på et mer holistisk preget kunnskapssyn på psykiske lidelser. Der kunnskapssynet på psykiske plager i mindre grad defineres entydig som sykdom, men heller som en del av menneskers ulike reaksjoner på livshendelser, og hvor det er mindre fokus på diagnostikk, utredning og behandling. Min erfaringsbakgrunn og forforståelse er følgelig preget av å ha arbeidet i varierte læringsarenaer der ulike kunnskapssyn har vært rådende. Mitt personlige utgangspunkt er at vi innen både arbeid og utdanning har behov for disse ulike kunnskapssyn og at de i stor grad kan, og også med godt hell, kan komplimentere hverandre. Jeg har fått anledning til å

arbeide og lære i ulike fagmiljøer, og min forforståelse er etter all sannsynlighet i stor grad influert fra de ulike arenaer jeg har erfaring fra.

Etterutdanningskurset denne studien har til hensikt å gjøre en evaluering av, har jeg selv en betydelig deltakelse i. Både ved at jeg personlig var delaktig i utformingen av kurset, samt også var veileder for studiegruppene kursdeltakerne deltok på underveis i kurset. Evaluering av kurset vil således delvis også være en evaluering av eget arbeid. Dette gjør at jeg har en dobbeltrolle når jeg nå skal gjøre en evaluering av kurset. Jeg må derfor være bevisst det ansvar jeg har for å synliggjøre både hensikt og motivasjon for arbeidet. Videre at jeg på en så åpen og redelig måte som mulig presenterer mitt arbeid og synliggjør de valg jeg har gjort. Med ønske om å kunne presentere et resultat som har gyldighet, pålitelighet og relevans, vil jeg etterstrebe å presentere studiens enkelte deler så detaljert og nøyaktig som mulig slik at andre i etterkant kan gjøre egne vurderinger av mine funn og resultater.

Denne overnevnte dobbeltrollen jeg innehar har også en etisk side. Dette utdypes senere i oppgaven i avsnitt om å forske på eget arbeid, i kapittelet om forskningsetikk.

## **2. REFERANSERAMME**

I dette kapittelet vil jeg mer utførlig presentere hvilke referanseramme jeg har valgt for denne evalueringsstudien. Innledningsvis presenteres noen vitenskapsteoretiske perspektiver som peker mot det kunnskapssyn studien støtter seg til. Videre gjøres en presentasjon av etterutdanningskurset i psykisk helsearbeid – rus, som denne studien har til hensikt å gjøre en evaluering av. Sentralt tema for denne studien er kompetanse og kompetanseutvikling. Kompetansebegrepet redegjøres derfor for, som del av studiens referanseramme. Til slutt gis en kort presentasjon om hva evalueringsstudier er og hvorfor det er behov for slike.

### **2.1 Kunnskapssyn i endring**

Innen vitenskapsteorien blir det ofte fremstilt å være en dikotomi mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. En todeling som har gitt opphav til stor uenighet mellom forskere. Et annet synspunkt er at både de kvalitative og de kvantitative studier er hver på sin måte viktige og at de ofte også kan komplettere hverandre. I denne studien har jeg valgt å benytte en hermeneutisk metode. I det følgende vil jeg kort redegjøre for bakgrunn for dette valget.

#### 2.1.1 Kunnskapsmakt

Menneskers kunnskap består og innebefatter mer enn kun hva man har ervervet gjennom vitenskap. Like fullt bidrar vitenskaplig arbeid i betydelig grad til å gi oss viktig kunnskap for både å kunne forstå og hjelpe hverandre. Kunnskap er et bredt begrep som vanskelig kan beskrives i en kortfattet definisjon. Det handler om kontekst, om erfaring, fortolkning og refleksjon (Tranøy, 2007). Det er imidlertid ulikheter mellom hvilken kunnskap som anerkjennes og hvilke som ikke gjør det. Med den kunnskap som anerkjennes følger også makt. Denne kunnskapsmakt gir mulighet til å påvirke hva vi oppfatter som rett og galt, og dermed makt til å påvirke helsepolitiske beslutninger (Ellefsen & Foss, 2005, kap. 2). Michel Foucaults (1926-1984) formaning om at ethvert samfunn har et sannhetsregime, der de som besitter en gitt type kunnskap tillegges en autoritet til å avgjøre hva som gjelder som sant, fortsatt er, og har alltid hatt gyldighet (Ibid.). Det bør derfor ikke være tilfeldig hvor vi henter vår kunnskap fra. Og vi bør ha kjennskap til hvordan denne kunnskapen er framskapet og fortolket, da dette har stor innflytelse både på våre verdinormer og for hvordan vi organiserer vårt samfunn og argumenterer for en gitt type behandling. Fra kunnskapsbasen innen psykisk helsearbeid og psykiatri kjenner vi alle eksempler der man gjennom historien har operert med ulike ”sannheter”. Årelating, insulinsjokkbehandling og lobotomi, er alle eksempler på behandlingsformer man mente å finne støtte for gjennom

datidens metoder for å fremskaffe kunnskap. I dag tar vi avstand fra slike behandlingsformer og rister på hodet. Vi glemmer imidlertid da samtidig at også dagens praksis bygger på ”sannheter” fremskaffet gjennom dagens vitenskap og forskningsmetodikk. Hvordan morgendagens dom over dagens praksis blir i fremtiden kan vi kun gjette på. Århundrer med vitenskaplige ”sannheter” basert på feil er neppe et helt avsluttet kapittel.

Også innen forskning og utvikling av dagens psykisk helsearbeid pågår det en diskusjon om hvem som skal være premissleverandør for hvordan vi skal forstå og arbeide (Andvig, 2010). Faget utvides med nye aktører og faglig perspektiver kommer til. Også bruker- og pasientorganisasjonene er nå aktivt innvirkende. Dette er i seg selv en faktor som automatisk forskyver makten innen hvem som skal ha definisjonsmakten over hvilken forskning som skal legges til grunn for utvikling av faget. Det at flere aktører er kommet til gir imidlertid mulighet for at det her skjer en endring. Ved at de ulike aktører deler kunnskap vil dette også kunne føre til en deling av makt (ibid.).

### 2.1.2 Fremvekst av ny tenkning

Psykiatri som eget fagfelt er historisk sett relativt nytt. Den vil av mange ikke regnes som egen selvstendig vitenskap, men regnes oftest som undergren av den medisinske vitenskap. Psykiatri som medisinsk spesialitet vokste frem som eget fag i modernismen og hentet sin vitenskaplige basis og metodebruk fra den tidens vitenskaplige forskningstradisjon (Haugsgjerd m.fl. 2006). Psykiatri, som medisin for øvrig, har tradisjonelt vært grunnet ut fra en positivistisk vitenskapstradisjon der kunnskap er forsøkt fremskaffet gjennom evidensbasert forskning. Karakteristisk for denne vitenskapen og argumentasjonen for at denne typen kunnskapsdannelse er evidensbasert, har vært å holde seg til en streng kvantitativ forskningsmetodikk der analysene og svarene som tolkes ut er etterstrebet å være rasjonelle og logisk forklarbare. Denne forskningsmetodikken gjør bruk av en hypotetisk-deduktiv metodologisk tilnærming. En utenfra og inn kunnskap, der selve metoden går ut på at man bruker på forhånd definerte hypoteser/(påstander) som er identifisert ved å observere (utenfra) et fenomen, for så å teste ut denne hypotesen i det man ønsker å få mer kunnskap om. Disse hypoteser testes så ut i det praktiske (inn) og finner der sin bekreftelse/verifikasjon eller avkreftelse/falsifikasjon (Olsson & Sørensen, 2003). Oppsummerende og litt forenklet sagt kan man si at svarene man får gjennom denne tradisjonelle positivistiske metodebruken etterstrebes å være enten ja eller nei svar. Fremsatt som logiske og rasjonelle svar helsearbeideren kan forholde seg til, og uten at det er behov for kompliserte

raisonnement. Både innen den tradisjonelle medisinsk-biologiske forskning og også innen moderne kvantitativ helseforskning er fortsatt randomisert kontrollert metode (Randomized controlled trials, RCT) regnet som selve gullstandarden. Denne metodes hovedstyrke ligger i at man på mer eller mindre vis, kan få tak i objektivt vurderbare data samt avdekke signifikante forskjeller og/eller statistiske sammenhenger (Thornquist, 2003). Både innen somatisk helse så vel som psykisk helsearbeid har denne forskningsmetoden bidratt til viktig kunnskap. Blant annet oppdagelsen av medikamentell behandling med psykofarmaka har, tross store utfordringer med uønskede effekter og bivirkninger, bidratt til sterk lidelsesreduksjon for en stor pasientgruppe og er ett eksempel på dette. Studier som har påvist komorbide sammenhenger mellom rusmisbruk og psykisk lidelse er ett annet.

Ensidig kvantitativ forskningsmetode innen psykisk helsefeltet har imidlertid flere utfordringer. Kritisk sett forutsetter bruk av slik metode at man tar et perspektiv hvor man anser pasientene som enten syke eller friske. Slik fortolkning fordrer også at man inntar et perspektiv der man anser at behandlingen enten er effektiv, eller i motsatt fall ubrukelig og dermed forkastet. Nyansene imellom blir mer uklare. De mer sammensatte og komplekse svaralternativ blir med den hypotetisk-deduktive metodikken vanskelig å besvare. Spesielt spørsmål som mer knyttes til menneskers følelser og opplevelser lar seg vanskelig forklare ved bruk av en hypotetisk-deduktive metode.

Historisk sett er, som tidligere nevnt, forskning på psykisk helse et relativt nytt fag og kunnskapsgrunnlaget er generelt svakt (Skar Dokka, 2011). Forskingen er basert på gruppenivå og gjennomsnitt i forhold til diagnoser, behandlingsresultat og forløp. Ønsket om å kunne generalisere ut fra en gitt datamengde, fører til en risiko for overfokusering på marginale forskjeller, og man vektlegger ikke individuelle forskjeller – ”spredning innenfor gruppen”. Denne erkjennelsen har ført til en dreining i fagfeltet. Behovet for nye måter å forstå psykisk helse har utviklet seg, og nye metoder for kunnskapsdannelse er dermed kommet til (Ibid.).

### 2.1.3 Komplementære vitenskapstradisjoner

Modernismens håp om å avdekke entydige sannheter og dermed en forutsigbar tilværelse har som vist ovenfor sine begrensninger. I postmodernismen ga man mer opp jakten på universelle sannheter og konkludert med at verden er kaotisk (Haugsgjerd m.fl. 2006). Et vitenskapssyn utelukkende bygget på positivistisk forskningstradisjon kan vanskelig belyse

de mer sammensatte og komplekse spørsmål og denne erkjennelsen førte til at nye og endrede forskningsmetoder ble nødvendig. Den tradisjonelle medisinsk-biologiske metodologi ga ikke tilstrekkelig gode svar på de spørsmål man stilte. Fremveksten av å bruke kvalitative metoder bygget på en erkjennelse av at hver enkelt situasjon er unik og hvert fenomen har sin form og forklaring (Kvaale, 2001). Psykologiens inntreden i den psykiatriske helsetjenesten har også hatt stor medvirkning til denne endring, og et økt fokus på psykodynamisk forståelsesperspektiv vokste frem. En hermeneutisk (fortolkningsvitenskaplig) og fenomenologiske metodikk vokste frem (Haugsgjerd m.fl. 2006). Hermeneutikkens fokus på fortolkning åpnet også for andre og mer inngående studier om de fenomenene som viser seg. Fenomenologien etablerte seg som egen forskertradisjon og skilte seg fra hermeneutikken der den forsøkte å finne ut nøyaktig hva som ligger til grunn for bevisstheten, og hvordan bevisstheten forholder seg til dette. Forenklet sagt bygger fenomenologien på hermeneutikken, men søker forståelse og fortolkning enda dypere inn mot kjernen (Haugsgjerd m.fl. 2006). Begge perspektivene har imidlertid det til felles at de søker å avdekke kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet (Kvaale, 2001). Kvalitative metoders styrke ligger i det at de kommer nærmere målet til å beskrive menneskers opplevelser og følelsesverden. Dette er viktig kunnskap vi trenger for å kunne både forstå og hjelpe, og er kunnskap man vanskelig kan hente frem gjennom den tradisjonelle kvantitative forskning. Kritikken mot den kvalitative metodikken har først og fremst blitt fremmet av det forskningsmiljøet som støtter seg til kvantitativ forskning. Sentralt i kritikken er det epistemologiske spørsmålet om kvalitativ forskning i det hele tatt kan kalles vitenskaplig forskning, da man ikke kan vise verken til statistikk eller den systematiske innhenting av informasjon man innen kvantitativ forskertradisjon er vant til. Videre blir det stilt spørsmål om dette kan være sann vitenskap all tid kunnskapen som er fremskaffet vanskelig kan etterprøves, noe som er et viktig kriterium innen den kvantitative forskertradisjon.

Slik henholdsvis den kvantitativ og kvalitative metode er beskrevet ovenfor fremstår metodene som gjensidig utelukkende og ikke mulig å forene. Slik er det naturligvis ikke. Blant forskere flest i dag er det en erkjennelse av at de fleste spørsmål av en viss kompleks art trenger å belyses fra ulike sider og man trenger å hente kunnskap ved bruk av begge metoder. Dette leder mot et komplementært vitenskapssyn, der man henter kunnskap ikke fra den ene eller den andre forskertradisjon, men søker det beste i flere leire. Spesielt innen feltet psykisk helse har denne erkjennelsen fått tilvekst (Haugsgjerd m.fl. 2006). Erfaring



viser blant annet at mange kvantitative forskningsprosjekt kan ha nytte av at det først gjøres en kvalitativ studie for å avdekke eller kommer frem til hvilke spørsmål man i grunnen er ute etter. En kombinert bruk av først kvalitative studier, for eksempel gjennom pilotprosjekter, så en kvantitativ hovedstudie, kan være hensiktsmessig der man for eksempel ønsker å vite noe om utvalget eller de personene man har valgt for en gitt studie (Friis & Vaglum, 1999). Gode eksempler på komplementær bruk av kvalitativ og kvantitativ forskning finner man også innen traumebehandling. Der forskning ved bruk av kvantitativ metode på gruppenivå har gitt oss kunnskap om sammenhenger mellom opplevd alvorlig livshendelse og utvikling av traumer, og hvor viktigheten av relasjonens betydning for behandlingsresultatet er fremkommet gjennom kvalitative studier (Dyregrov, 1993). Innen enkelte forskningsmiljøer synes imidlertid valg av forskningsdesign og metode ofte mer å la seg styre av vane og eget kompetansefelt, heller enn å være styrt av en kritisk refleksjon knyttet til hvilken metodebruk som faktisk vil kunne gi oss de mest korrekte svar. Mer hensiktsmessig ville det kanskje vært om man la hvilke spørsmål man ønsker besvart, være avgjørende for hvilken design og metode man velger å bruke (Bjørndal & Hofoss, 2004).

I denne studien er omfanget av respondenter for lavt til å kunne gjøre en evaluering bygget på kvantitativ metode alene. Enkelte data vil riktignok kunne la seg innsamle ved kvantitativ metode, men dog på langt nær tilstrekkelig for å kunne gjøre et analysearbeid som eventuelle resultater kan forsvares i. Ved bruk av en kvalitativ hermeneutisk metode vil jeg imidlertid kunne søke dypere inn i den enkelte respondents erfaringer og på det viset kunne få frem en betydelig mengde data til bruk i analysen.

## **2.2 Etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid - rus**

### **2.2.1 Hoved-Undervisningssykehjemmet for region sør**

Undervisningssykehjemmene (USH) fikk i sin tid i oppgave av Helsedirektoratet å være regionale ressursentre for fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling innen kommunale helse- og omsorgstjenester. En sentral del av målsettingen var å utvikle et akademisk miljø innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebar dels kompetanseheving og systematisk kvalitetsutvikling for å få kvalitativt gode tjenester og dels systematisk fagutvikling og forskning for å utvikle ny kunnskap. USH-satsingen hadde en kommunal forankring med universitet / høyskoler som hovedsamarbeidspartner. Siste årene har USH gjennomgått en større omorganisering og er i dag erstattet av

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. De tidligere USH`s mål og strategi er i stor grad videreført i det nyetablerte Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

### 2.2.2 Etterutdanningskurs i psykisk helse - rus

Etterutdanningskurset i psykisk helse - rus ble første gang arrangert i 2004/05, siste gang gjennomført i 2008 (Hoved-USH, 2009). Kursene ble gjennomført med tilskudd fra Fylkesmannen i Vest-Agder, samt Kommunenes Sentralforbund, KS gjennom kvalitetsforbedringsprosjektet "Flink med folk". Tilbud om deltakelse på kurset gikk ut til alle kommuner i Vest-Agder som på daværende tidspunkt hadde samarbeidsavtale med hoved-USH for region sør.

### 2.2.3 Kursets målsetting

Følgende punkt ble satt som målsetting for kurset:

- Stimulere til kompetanseheving gjennom refleksjon rundt egen og andres yrkesutøvelse
- Oppnå større bevisstgjøring, samt øke kunnskapene om psykisk helsearbeid og rus
- Heve kvaliteten på helse- og sosialtjenestene i forhold til psykisk helsearbeid og rus
- Tilfredsstille kvalitetskrav innen psykisk helsearbeid

### 2.2.4 Organisering

Målgruppen for kurset har vært ansatte innen kommunenes helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Det var et mål at kursdeltakerne i størst mulig grad skulle representere en tverrfaglig gruppe ansatte som i sitt daglige arbeid møter / har oppfølgingsansvar overfor mennesker med psykiske og eller rusavhengige problemer. Ansatte innen alle relevante tjenestesteder og på tvers av fagområder og utdanningsnivå ble invitert til å delta på kurset. På denne måten kunne personer med ulike utdannings- og yrkesbakgrunn møtes til felles refleksjon og kompetansebygging. Gjennom denne organiseringen ble det etablert en praksisrelevant læringsarena. Kursdeltakerne ble tatt opp etter søknad, og helsearbeidere innen de fleste av kommunenes helse og sosialtjenester fra i alt 7 samarbeidende kommuner ble representert som deltakere på kurset. Totalt 31 ansatte rekruttert fra alle relevante tjenestesteder og på tvers av fagområder og utdanningsnivå deltok på siste kurset. Etterutdanningskurset var fordelt på to semestre, med fem tema- / undervisningsdager og fem veiledede refleksjonssamlinger i hvert semester. Den totale undervisningstiden var 40 timer. De 10 veiledende refleksjonsgruppene hadde hver en varighet på to klokketimer,

totalt 20 timer. For deltakerne var selve kurset gratis, deltakerne betalte kun for litteratur, samt utgifter knyttet til egen reise. Kurset ble lagt opp uten eksamen som vurderingsform. Ønsket om å kunne tilby et kompetansehevingskurs som favner alle ansatte, uavhengig av formell utdanning, var sentralt i dette valget. Kursdeltakerne som fullførte studiet fikk kursbevis. Kursbevis ble utstedet på grunnlag av dokumentert tilstedeværelse, med minimum 80% studiedeltakelse. Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund ga godkjenning om tellende meritterede kurs.

Undervisere på kursets undervisningsdager var innhentet fra Universitetet i Agder og Sørlandet sykehus HF. Som det fremgår av temaplanen, tok studiet for seg et selektert utsnitt av psykiatri og psykisk helsearbeid. Noen av temaene som er behandlet inneholdt også elementer om vitenskapsforståelse, sosiale perspektiver og grunnlagsforståelse. Forelesere med ulik kompetanse og erfaringsbakgrunn foreleste ved studiet. Det ble lagt stor vekt på å bruke personer som hadde en praksisnær tilnærming til faget. Fordi det var stor variasjon mellom de ulike tema i studiet, var det også stor variasjon blant de personene som ble invitert til å undervise. Generelt ble det benyttet personer med høy faglig kompetanse. Etterutdanningskurset i psykisk helsearbeid og rus etterstrebet å ha et klart brukerperspektiv. Dette har fulgt som en rød tråd i hele temaplanen. Deler av undervisningen var utviklet og gjennomført av personer med brukerkompetanse.

Følgende tema ble behandlet gjennom kurset:

- ***"Grunnlagstenkning"***.
  - v/ Universitetslektor Marit Sjørnsen, UIA.
- ***"Akuttpsykiatri"***
  - v/ Psykologspesialist Linda Espersaas, SSHF og Avd.spl Egil Iver Nesvold, Psyk. akuttavd. SSHF
- ***"Psykisk helse hos eldre"***
  - v/ Psykiater Hans Kristian Henriksen, Alderpsyk avd. SSHF
- ***"Brukerledet program for helsearbeidere"***
  - v/ Samarbeidsprosjekt mellom ROM-Agder, UIA og Regionalt LMS, SSHF.
- ***"Rus og rusavhengighet"***
  - v/ Psykiater Rasoul Ershadi, Avd for rus og avhengighet, SSHF.
- ***"Barn av psykisk syke og / eller rusavhengige foreldre"***
  - v/ Familierapeut Gunnar Eide, og Erfaringskonsulent Ellen Valnum ved Barns Beste, SSHF.
- ***"Lovverk"***
  - v/ Jurist Fredrik Dahl, Fylkesmannen i Vest-Agder helseavdeling.
- ***"Psykisk utviklingshemmedes psykiske helse"***
  - v/ Psykologspesialist Jarle Eknes, Dikemark sykehus.
- ***"Etikk og holdninger"***

- v/Universitetslektor Marit Sjursen, UIA.

### 2.2.5 Undervisningsformer

Etterutdanningskurset bestod dels av undervisning i form av tradisjonell forelesning, og dels av veiledede refleksjonsgrupper. Til dette kom egenstudie gjennom litteraturstudier. Deler av kurset har bestått av tradisjonelle forelesningsstudier. En utfordring var å tilpasse undervisningens faglige nivå, slik at den passet best mulig kursdeltakerne. Foreleserne ble på forhånd gitt generell informasjon om hvem undervisningen skulle tilrettelegges for. Det ble da vektlagt at undervisningen i stor grad burde inneholde eksempler fra praksis som deltakerne kunne identifisere seg med. De fleste av foreleserne åpnet også opp for spørsmål underveis, slik at kursdeltakerne kunne bidra med egne erfaringer i undervisningen. Til de fleste temadagene fikk kursdeltakerne utdelt oversikt over undervisningens innhold, samt kopi av forelesernes undervisningsnotater. Den enkelte kursdeltaker kunne dermed konsentrere seg helt og fullt om det som ble sagt, uten å måtte gjøre for mye notater.

Refleksjonsgrupper kan være et sentralt redskap for å ivareta og utvikle den enkeltes kompetanse. Erfaringer viser at en rekke etterutdannings- og kompetanseutviklingskurs dessverre ikke har forventet læringseffekt (Thygesen & Tønsberg, 2004). Det som høres flott ut på kurs, er ikke alltid like lett å iverksette i en arbeidssammenheng. Undervisning og kurs baserer seg ofte kun på plenumsundervisning, uten å ta hensyn til deltakernes ulike forutsetninger og utfordringer knyttet til den enkeltes arbeidssituasjonen.

Organiseringen av refleksjonsgrupper har klare pedagogiske hensikter med fokus på tilrettelegging for utvikling av kompetanse (ibid.). Gjennom å etablere slike læringsnettverk, vil den enkelte deltaker kunne bidra aktivt med egne erfaringer og kunnskaper. Fokus i refleksjonsgruppene ved etterutdanningskurset var å se sammenhenger mellom den praksishverdag den enkelte stod i og teorien som tilegnes gjennom felles forelesninger, samt faglitteratur. Det var et krav at samtlige kursdeltakere måtte ha arbeidstilknytning i studietiden. Gjennom utvikling av læringsnettverk i form av refleksjonsgrupper, kunne den enkelte delta mer aktivt med de erfaringer og kunnskaper vedkommende måtte ha. Refleksjons- eller samtalegrupper er en arbeidsform som har klare pedagogiske hensikter og som legger til rette for utvikling og kompetanse. Fokus i gruppene var å se sammenhenger mellom den praksishverdag den enkelte står i og teorien som tilegnes både gjennom felles forelesninger, samt pensumlitteratur. Det ble innledningsvis i studiet presisert at den enkelte skulle tenke igjennom hvilken betydning teorien kunne ha for de utfordringer de møtte i sitt arbeide. I den forbindelse var samtalegruppene et godt forum til å stille eventuelle spørsmål.

Det ble også understreket betydningen av at alle deltakerne engasjerte seg i hverandres problemstillinger, gjennom å lytte, vise støtte, komme med innspill osv. Ved å sette ord på og samtale over egen praksis og et felles teoretisk grunnlag, vil en kunne utvikle bedret yrkeskompetanse.

Samtalegruppene ble ledet av veileder. Denne funksjonen ble vurdert til å være nyttig for gruppenes utbytte. Samtalene i slike grupper kan fort ta dreining bort fra det temaet som er satt. Av og til kan det være fruktbart å la dette skje, andre ganger er det viktig at dette unngås. En gruppeleder vil kunne sitte litt på siden og til en viss grad styre dette. Samtlige grupper ønsket å få til en godt strukturert og målrettet samtale. En annen viktig funksjon for gruppeleder var å kunne gi svar på ulike faglige spørsmål som gruppen eller enkelte deltakere hadde knyttet til teorien.

Deltakerne forberedte seg ved å lese pensumlitteratur. Til hvert tema var det knyttet kjernelitteratur, samt anbefalt litteratur. Utdrag fra kjernelitteraturen ble blitt trykket i egne studiekompender som hver kursdeltaker fikk utdelt. Det var opp til hver enkelt studiedeltaker om de ønsket å fordype seg ytterligere i den anbefalte litteraturen. Dette ut fra hver enkelts forskjellige kunnskapserfaring og interesse. I tillegg til dette var det flere av foreleserne som hadde utarbeidet mindre sammendrag av sine forelesninger til studiedeltakerne. Den enkelte studiedeltaker hadde dermed et godt grunnlag for å møte forberedt til samtalegruppene.

### **2.3 Kompetansebegrepet**

Som beskrevet tidligere er hensikten med denne studien å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etterutdanningskurset som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse. Kompetanse defineres ofte som summen av de kunnskaper, holdninger og ferdigheter man innehar (Statens helsetilsyn, 2001). Kompetanse som begrep er imidlertid brukt i ulik sammenheng og gir ulik forståelse alt avhengig av hvilken kontekst det brukes i (Karlsson, 2003). Det er derfor hensiktsmessig og dekontekstualisere begrepet og jeg vil forsøke å belyse begrepet fra ulike perspektiver som er relevant knyttet til denne studien.

### 2.3.1 Personlig kompetanse

Som for begrepet kompetanse generelt, vil den personlige kompetanse defineres ulikt alt avhengig av hvilken kontekst begrepet benyttes i. Ulike forfattere beskriver dette ulikt. Innen sykepleievitenskap er Marit Kirkevold en av de som har brukt mye tid på temaet og beskriver personlig kompetanse som følgende:

”Personlig kompetanse er evnen til å utføre bestemte oppgaver, der denne evnen utvikles gjennom påvirkninger fra de kunnskaper man får, også på det personlige plan. Kompetansen er kontekstavhengig og knyttet til bestemte situasjoner. Disse påvirker hverandre og gjøre at kompetansen hele tiden er i forandring. Kompetanse innebærer at kunnskapen blir brukt på en god måte i en spesiell situasjon. Der det er viktig å praktisere og øve slik at kunnskaper og ferdigheter bli integrert gjennom handling” (Kirkevold, 1996, s. 37)

I følge Kirkevold består kompetanse av ulike typer kunnskap. Praktisk, etisk og teoretisk kunnskap er alle viktige komponenter som i sum kan sammenfattes som personlig kompetanse (ibid.).

I 2001, på oppdrag fra den gang Sosial og helsedepartementet, ble det av Helsetilsynet gjennomført en utredning for å beskrive på en overordnet måte, det nødvendige kompetansebehov innen psykisk helsearbeid. Resultatet fra denne utredningen ble publisert i egen rapport (Statens helsetilsyn, 2001). Deres definisjon av personlig kompetanse er gjort noe videre i omfang og de bruker isteden benevnelsen individuell kompetanse. Den individuelle kompetanse inndeles i personlig egenhet, generell basiskompetanse, relasjonell kompetanse og til slutt samarbeidskompetanse. Der alle disse fire komponentene sammen utgjør den individuelle kompetanse (ibid.).

### 2.3.2 Kompetanseutvikling

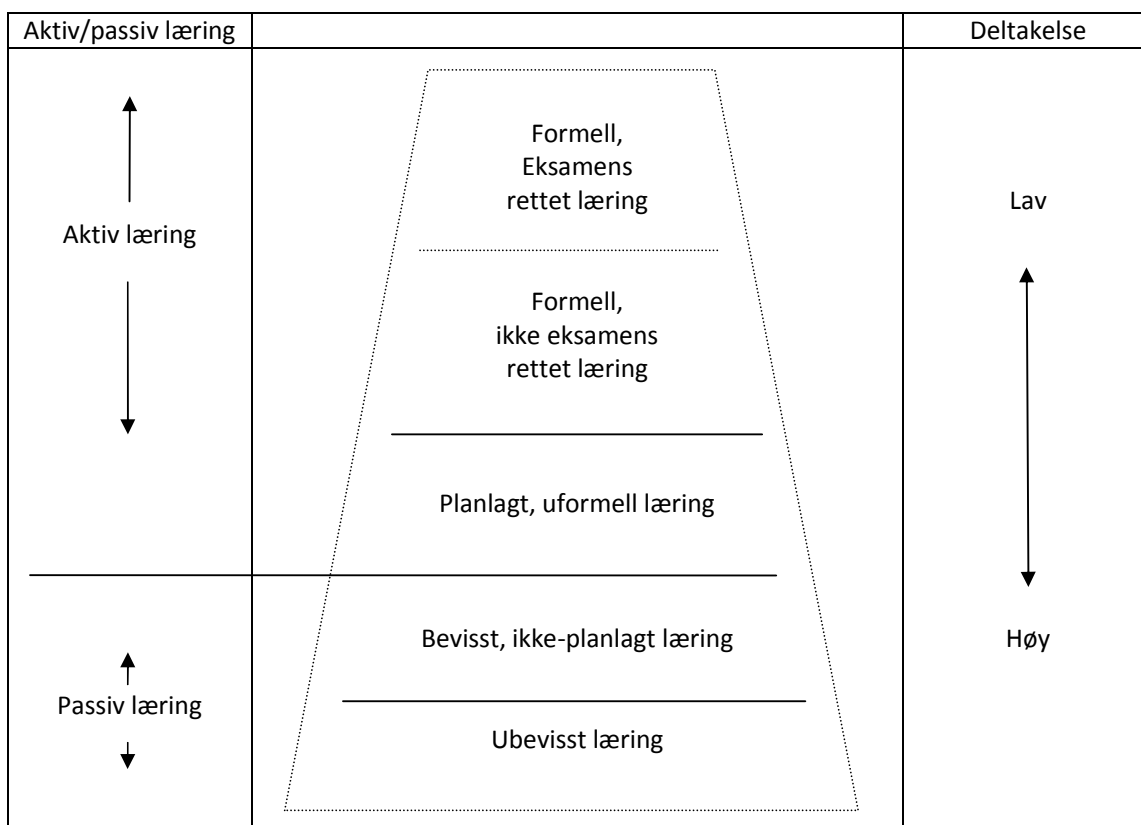
Tønsberg (2000) beskriver i sin studie kompetanseutvikling på det individuelle nivå med følgende: ”forbedringer i individers *anvendte og anvendbare kunnskaper, ferdigheter og evner*” (ibid. s. 19). Hun forholder seg med dette til det generelle kompetansebegrepet slik det er beskrevet ovenfor, og viser til at kompetanseutvikling er en prosess hvor en person får nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Kompetanseutvikling i dette perspektivet er imidlertid også kontekstavhengig og kan defineres på ulikt sett alt etter fagområde. Borge m.fl. (1997) baserer seg på en evalueringsstudie av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. Her benyttes følgende definisjon av begrepet kompetanseutvikling: ”Kunnskaper,

ferdigheter, innsikt, erfaringer, holdninger som setter en i stand til å mestre en situasjon/løse en oppgave” (ibid. s.25.).

Også denne definisjonen peker på selve grunnbegrepet kompetanse, *kunnskaper, ferdigheter innsikt, erfaringer og holdninger*, men det peker også fremover, mot hva som setter en i stand til å *mestre eller løse en oppgave*. Dermed defineres de ulike elementene i kompetanseutvikling. Kompetanseutvikling beskrives ut fra dette ikke av en ting alene, men summen av flere momenter. Og det peker fremover og mot at det skal finnes en utvikling. Tidligere, og fortsatt i enkelte sammenhenger blir ordet *opplæring* ofte brukt om samme tema. Et mer jordnært begrep som i enkelthet peker på at man underveis i læringsprosessen tilfører noe som gjør at man kommer seg *opp* i kunnskaps- og/eller ferdighetsnivå i noe.

Kompetanseutvikling kan imidlertid vanskelig beskrives enkelt med bruk av synonymord eller korte avgrensninger. Kompetanseutvikling er i videst forstand en sammensatt prosess som består av ulike deler og nivå av læring. Det foregår hos alle, og til alle tider en form for kompetanseutvikling. Fra den ubevisste læring som skjer i hverdagen gjennom de erfaringer vi gjør og ved de dagligdagse utfordringer vi møter og løser, til i motsatt ende av læringsskalaen, den formelle eksamensrettede læringen som vi søker ved utdanninger. Alt er på ulike nivå bestanddeler i vår kompetanseutvikling. Og alle deler er viktige hver for seg slik forsøkt illustrert i tabellen under:

Figur 1. *Læringshierarkiet i arbeidslivet.* (fritt etter Nordhaug, 1990, s.54)



### 2.3.3 Tverrfaglig, overlappende og felles basiskompetanse

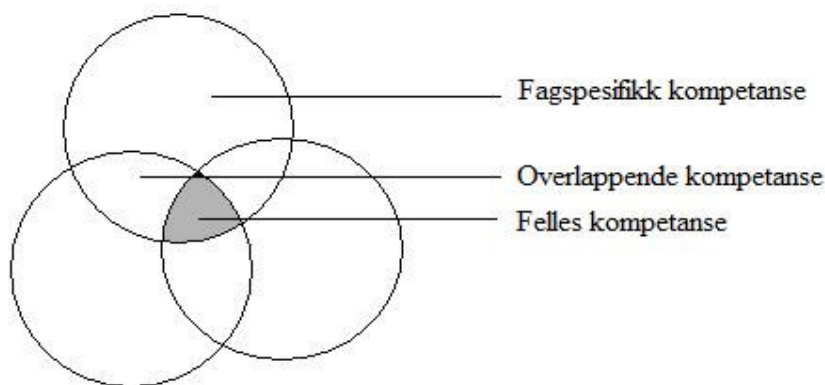
For helsearbeidere innen de ulike deler av kommunenes helse- og omsorgstjenester er arbeidsdagen preget av et komplekst og sammensatt sykdomsdrama, høy aktivitet og stadige forandringer. En utfordring ved kompetansebygging innen psykisk helsearbeid har vært at de fleste har valgt en fagspesifikk videreutdanning (Borge, m.fl., 1997). Dette faktum beskrives også i St meld nr 25 Åpenhet og helhet og det gis følgende føringer:

Fagpersonellens kunnskaper, ferdigheter og holdninger formes i betydelig grad gjennom utdanningen. Departementet vil arbeide for at samarbeid og samordning på tvers av profesjongrensene, deltjenester, sektorer og nivåer får en sterkere vekt i de aktuelle fagutdanningene.” (St meld nr 25., s 96.)

Definert i målsetting for etterutdanningskurset i psykisk helse – rus, var ønsket om å bidra til kompetanseheving gjennom refleksjon rundt egen og andres yrkesutøvelse. En tverrfaglig målsetting og tilnærming. Deltakerne på etterutdanningskurset ble rekruttert fra ulike tjenester med dertil sin funksjonsspesifikke kompetanse, og de hadde også ulik



formalkompetanse gjennom sine respektive grunnutdanninger og således ulik fagspesifikk kompetanse. Denne rekrutteringen var et bevisst valgt for å oppnå en tverrfaglig sammensetting. For å beskrive hva man legger i begrepet tverrfaglig kompetanse kan det være hensiktsmessig å dele begrepet i: fagspesifikk kompetanse, overlappende kompetanse og felles basiskompetanse. Forsøkt illustrert i figuren under:



*Figur 2. Tverrfaglighet. Sirklene illustrerer ulike fag/yrkesgrupper (fritt etter: Statens helsetilsyn, 2001, s.17)*

Som definert i kursets målsetting vil et sentralt moment i evalueringen derfor være å få mer kunnskap omkring kurset har bidratt til økt overlappende - og felles basiskompetanse for kursdeltakerne.

Et tverrfaglig fokus målbærer i det minste tre viktige momenter. Det både åpner for gjensidig innsikt i andres fagtradisjoner og kunnskaper, og det bidrar samtidig til å bygge ned motsetningsforhold og mulige profesjonsstrider. Videre vil etablering av tverrfaglige arenaer også fremskape kunnskap som ellers ikke vil kunne etableres. Ved at ulike fagfelt finner sammen vil ny kunnskap fremkomme. Kunnskap som ikke hadde fremkommet om de ulike fagdisiplinene arbeider utelukkende hver for seg. Dette er verken nytt eller unikt og kan lett eksemplifiseres fra andre vitenskaper. Imidlertid viser likevel historien at samarbeid ofte kan være vanskelig. Som beskrevet tidligere er det fortsatt slik at helsearbeidere ofte velger tradisjonelle og fagspesifikke videreutdanninger (Borge, m.fl., 1997). En tverrfaglig tilnærming vil dermed skape den arenaen som vist i figuren over, der ny og felles kompetanse skapes.

#### 2.3.4 Kompetanse innen psykisk helsearbeid

Det har i lengre tid vært fokusert på behov for kompetanseheving innen fagområdet psykisk helsearbeid i helsetjenesten generelt, og i kommunehelsetjenesten spesielt. De siste tjue år har det skjedd en dreining av psykisk helsefeltet der kommunene i større grad har fått ansvar for oppfølging og behandling av mennesker med psykiske vansker. Dette er en utvikling som delvis er vokst frem innad fagområdet selv og delvis styrt av sentrale myndigheter. Som beskrevet tidligere ble intensjonen fra Stortingsmelding nr. 25 videreført i den senere opptrappingsplan for psykisk helsearbeid (St. prp. nr. 63, 1997-98), og en rekke kompetansehevende tiltak ble iverksatt.

Som en følge og i tråd med overnevnte statlige føringer, har helsetjenesten innen det psykiske helsefelt gjennomgått en større omorganisering både på kommunal- og på spesialisthelsetjenestenivå og der den kommunale helsetjenesten har fått større ansvar. Sykehusene har redusert antall døgnplasser og overført ressurser til mer spesialisert poliklinisk behandling. Av de resterende døgnplasser innen spesialisthelsetjenesten er mange lagt til de nyopprettede distriktpspsykiatriske sentere, DPS. Fra situasjonen tidligere der de psykiatriske sykehusavdelinger hadde og tok et hovedansvar for mennesker med psykiske lidelser, er flere og flere oppgaver nå overført til kommunehelsetjenesten. Dette er således i tråd med føringer fra de nasjonale myndigheter (Norges forskningsråd, 2004) og med hva som er definert i lovgivningen. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) definerer at kommunehelsetjenesten har ansvar for utredning og behandling av psykiske så vel som somatiske sykdommer. Sykehusene har på sin side føringer fra spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61) der sykehusene pålegges å ha ansvar for spesialisert utredning og spesialisert behandling. Det er gjort et tydeligere skille på hva som regnes som det generelle og hva som regnes som det spesielle, med en dertil ansvarsfordeling. Samme utvikling har skjedd også i Sverige, som også har hatt sine reformer. Også der har kommunehelsetjenesten fått et større ansvar for det psykisk helsearbeidet (Prop. 1993/94:218).

Det har dermed skjedd en viktig dreining i ansvarsområde og behovet for økt kompetanse innen kommunehelsetjenesten er en følge av dette. Tidligere avdelingsdirektør ved Helsedepartementet Thor Rogan beskriver at en viktig konsekvens av gjennomføring av Opptrappingsplanen (OP), både for fag og for organisering er at vi har gått fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid (Rogan, 2004 og 2011). Et sentralt spørsmål som reiser seg i

kjølvannt av denne omorganiseringen er hvorvidt kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse til å møte de utfordringer denne omorganiseringen av helsetjenesten medfører (Kolstad, 2011). Evalueringsrapporter fra Sosial og helsedirektoratet (Shdir, 2004) og SINTEF Helse (Sitter & Ådnanes, 2007; Harsvik & Ådnanes, 2007) beskriver at tilgangen på kvalifisert personell til psykisk helsevern og til psykisk helsearbeid i kommunene påvirkes blant annet av følgende tre forhold:

- Kapasitet i grunnutdanningene.
- Kapasitet i videreutdanningene.
- Hvor stor andel av studenter fra grunnutdanningene som velger psykisk helsearbeid som arbeidsområde.

Det påpekes dermed at man både må sikre tilgangen på personell samt holde disse innen tjenesten. At man trenger økt kompetanse innen helsetjenesten er en ting, et annet spørsmål som reiser seg i kjølvannet av opptrappingsplanen er *hvilken* kompetanse dette nye personellet bør inneha for å imøtekomme de nye utfordringer. Mange har arbeidet med dette spørsmålet og ulike erfaringer er gjort. Viktige spørsmål er blitt reist og forsøkt besvart. Thygesen og Tønsberg (2004) spør: Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse? Og viser i sin rapport at svaret bygger på stor kompleksitet der flere faktorer avhenger av hverandre. Flere av disse faktorer blir også pekt på i en studie av Hummelvoll (2003).

Utdanningene ved landets høyskoler og universitet har lagt om sine tilbud. Den tradisjonelle videreutdanning inn psykiatrisk sykepleie ble endret og omgjort til tverrfaglige studier med økt fokus på lokalbasert psykisk helsearbeid (Hummelvoll & Røsset, 1998; Nytingnes & Skjerve, 2011). Et annet eksempel på videreutdanning bygget på tverrfaglig tilnærmingen er opprettelsen av Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser, SEPREP og deres studie. Seprep-studiet er etablert på oppdrag av Statens helsetilsyn som en videreføring av opptrappingsplanens intensjoner og er et tverrfaglig utdanningsprogram for ansatte i kommunal helse- og sosialtjeneste og innen spesialisthelsetjenesten som har behandlings-, rehabiliterings- og oppfølgingsansvar i forhold til personer med alvorlig psykisk lidelse (SEPREP, 2004). Også andre videreutdanningstilbud er kommet til. Professor Bengt Karlsson ved Høgskolen i Buskerud har arbeidet i lengre tid med etablering og utvikling av etter- og videreutdanningsstudier i psykisk helse og beskriver at denne form for kompetanseutvikling bør preges av å være lokalbasert, helhetlig og integrert psykisk helsearbeid (Karlsson, 2007).

### **3. TIDLIGERE FORSKNING**

#### **3.1 Forskning på psykisk helse**

Som nevnt tidligere har gjennomføringen av opptrappingsplanen medført både store organisatoriske endringer, men også endringer innen kunnskapsbehovet. Opptrappingsplanen og gjennomføringen av denne har blitt evaluert i flere studier (Forskningsrådet, 2009 og 2004). Konklusjonene i disse studiene beskriver at mye positivt er kommet som et resultat av reformen, men peker samtidig på at det er behov for mer kunnskap på flere områder. Fortsatt gjenstår flere spørsmål, og mange av de gamle spørsmål er fortsatt aktuelle: Hvorfor trenger vi kunnskap i psykiatrien? Hva slags kunnskap trenger vi? Og – hvilke utfordringer står vi overfor når vi skal videreutvikle denne kunnskapen? Dette er sentrale spørsmål som stadig drøftes og har vært gjenstand for flere større og mindre studier siste tiårene. Også innenfor forskning og studier på psykisk helse i den hermeneutisk-fenomenologiske vitenskapstradisjonen er det gjort mye. (Andersen & Karlsen 1998; Hatling & Østbye 1998; Haugsgjerd m.fl. 2006). Nevnte henvisninger er kun et lite utvalg av hva som er gjort bare i Norge.

#### **3.2 Forskning på utdanning og kompetanse i psykisk helsearbeid**

Utgangspunktet for forskning på utdanning og kompetanse er spørsmålet om hvilken kompetanse som eksisterer hos helsearbeideren og hvilken kompetanse som må styrkes for å møte de utfordringer dagens og fremtidens helsetjeneste står overfor (Andersen & Karlsson, 1998 og 2011). Det finnes en rekke helsefaglige utdanninger i Norge. Og på ulikt akademisk nivå. Da denne studien har en avgrensning mot evaluering av et tverrfaglig etterutdanningskurs begrenser jeg derfor mitt referansesøk til studier av utdanninger relatert til dette.

Sentral utdanning innen psykisk helsefeltet er tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid ved landets universitet og høyskoler. En evalueringsstudie gjort forut de senere endringer av denne utdanningen, viste behov for nyutvikling (Borge, Hummelvoll & Ulland, 1997), noe som skjedde og utdanningen ble utformet etter ny rammeplan i 2005 (Kunnskapsdepartementet, 2005) der intensjonene fra opptrappingsplanen er innført. Første evalueringsstudie av denne videreutdanningen etter den nye rammeplanen forelå allerede i 2007 (Harsvik & Ådnanes, 2007), hvor det beskrives at studiet i stor grad vurderes å oppfylle rammeplanens hovedtrekk, der fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig

samarbeid innen helsetjenesten er vektlagt. Evalueringen peker samtidig på at psykisk helse hos barn og unge er mangelfullt dekket, samt også undervisning om symptomer, sykdommer, diagnoser og behandling er i mindre grad fokusert (ibid.). Som tidligere nevnt, har et annet viktig bidrag av studietilbud innen psykisk helsefeltet er kommet i kjølvannet etter etableringen av Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser i 1990, og stiftelsens etter hvert etablering av kurstilbud om tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser (SEPREP, 2000). Seprep`s videreutdanningsstudie er evaluert gjennom flere større, samt mindre og mer lokale studier (Follo DPS, 2006; Andersen, 2006; Episteme Forskning, 2006). Refererte rapporter evaluerer studiet som et viktig bidrag som gir vesentlig kompetanseheving på sentrale områder. Utdanningen beskrives som et springbrett til felles kompetanseutvikling og samarbeid på tvers av profesjoner og forvaltningsnivå.

### **3.3 Om å holde på kompetent helsepersonell**

Utdanning, kvalitet og skolenes evne til å øke studentenes kompetanse er viktig. At studentene faktisk også begynner og forblir innen psykisk helsearbeid er neste utfordring. Som beskrevet i opptrappingsplanen har rekruttering av kompetent helsepersonell til det psykiske helsearbeidet vært et eksplisitt mål (St. prp. nr. 63, 1997-98). Flere studier har hatt tema på hvorvidt opptrappingsplanens målsetting om å rekruttere og holde på kompetent helsepersonell er innfridd. En viktig studie her, hvor også andre studier inngår er: Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern (NIFU, 2005), utført ved Norsk institutt for studier av forskning og utdanning / Senter for innovasjonsforskning, NIFU. Hvor det pekes på at målsettingen om økt tilførsel av utdannet personell til det psykiske helsefeltet i noen grad synes å ha økt, men man mangler data om hvor mange som etter hvert slutter og går over til annet arbeid og eventuelt om årsaken til dette (ibid.). Det påpekes også at det er for tidlig å vite om hvordan situasjonen blir fremover da opptrappingsplanens relativt nylig er avsluttet og man følgelig mangler følgestudier. Nyere studie utført i 2008 ved SINTEF Helse (Sitter & Ådnes, 2004 og 2007) bekrefter NIFU studien og viser til at det har vært en økt rekruttering av kompetent personell innen det psykiske helsearbeidet, både innen spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Felles for begge studier er imidlertid at det ikke er samlet tilstrekkelig data som kan gi kunnskap hvorvidt de nyutdannende forblir i psykisk helsefeltet eller om de går over til andre fagområder.

## **4. METODE**

### **4.1 Valg av design**

I denne evalueringsstudien er det valgt et kvalitativt design. Datainnsamlingen er gjort ved gjennomføring av direkte intervju der respondentene redegjorde for sine opplevelser og erfaringer fra deltakelse på kurset, samt om på hvilken måte dette har innvirket i deres yrkesvirke i tiden etter. Kvalitativ metode skiller seg fra den kvantitative på flere områder. Begge har sine styrker og svakheter. Hva man ønsker å få svar på er ofte utgangspunktet for valg av metode. Malterud (2011) beskriver kvalitative metoder som følger:

”I kvalitative studier arbeider vi for å utvikle beskrivelser og analyser av karaktertrekk og egenskaper fra det feltet modellene vi utvikler og presenterer, skal kunne overføres til flere sammenhenger enn der de opprinnelig ble hentet fra.” (ibid., s. 55.)

Malterud viser med dette til at man ved bruk av kvalitative metoder søker annen informasjon enn hva man som hovedregel gjør ved bruk av kvantitativ metode der man ofte søker informasjon om forekomst og fordeling. Den kvalitative metode benyttes ofte i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon, der man både fokuserer på selve fenomenet, eller ”saken selv” som mange benevner det, samt også hvor man innbefatter og tar hensyn til at alle, både forsker og respondent går til studien med sine fordommer og sin forforståelse, jf den hermeneutiske vitenskapstradisjons kunnskapssyn (Thornquist, 2003).

Der man i den kvantitative metode ofte presenterer sine funn gjennom statistikk og statistisk analyse, vil man ved bruk av kvalitative metoder kunne presentere både karaktertrekk og særegenheter man vanskelig kan få fatt på uten bruk av direkte intervju eller samhandling med den eller de man søker kunnskap fra (ibid.). Ved bruk av kvalitativ tilnærming vil jeg derfor kunne få mer dybdekunnskap omkring helsearbeiderne og hvordan deres kompetanse og yrkesvalg har blitt påvirket av deltakelse på etterutdanningskurset.

### **4.2 Om evalueringsstudier**

Som tidligere beskrevet, er bruken av ordet evaluering som fagterm hyppig benyttet og i mange og i ulike sammenhenger. Dette gjør at det er vanskelig å sette en smal og strikt definisjon av begrepet evaluering. Enkelt beskrevet handler evaluering om å skille det verdifulle fra det verdiløse (Eriksson & Karlsson, 2008). Men evalueringsstudier er også en metode som kan løfte frem det positive fra det negative, det konstruktive fra det destruktive og så videre. Vedung (1998) redegjør relativt grundig for ulike definisjoner og er selv kommet til følgende definisjon slik det benyttes innen den offentlige sektor:

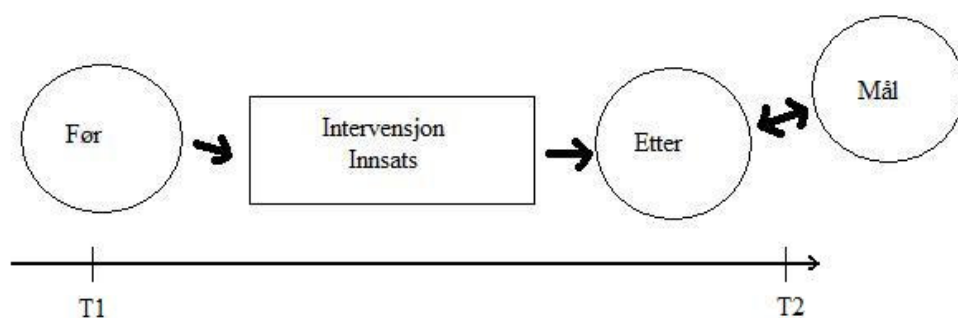
”Utvärdering: Noggrann bedömning i efterhand av utfall, slutprestationer och beslutsinnehåll samt organisering av offentlig verksamhet, vilken tänkes spela en roll i praktiska beslutssituationer.” (Vedung, 1998, s.22)

Evalueringsstudier skiller seg dermed noe fra vanlige forskningsopplegg. Ulike forskningsopplegg og studier vil ofte være deskriptive, beskrivende. Man henter frem data og presenterer disse på en klar og forståelig måte, nøkternt og objektivt og uten å komme med egne vurderinger. I en evalueringsstudie gjøres i tillegg en vurdering (Almås, 1990). Dermed skiller evalueringsstudier seg ut og vil således ikke være objektivt uavhengig. Dette setter stor krav til at studiens ulike deler gjøres transparent, gjennomiktig, slik at andre i så stor grad som mulig kan etterprøve resultatene, og dermed også kunne gjøre egne vurderinger av de konklusjoner som er tatt. ”Evaluering innebærer makten til å definere verdien av noe” (Kvale, 1990, s.103), og påpeker dermed viktigheten av å være seg denne makten bevisst.

Evalueringsstudier kan utføres som formative, eller også som summative evalueringer. Ved formative evalueringer gjøres evalueringsarbeidet parallelt med det man undersøker. Man har dermed mulighet av å gjøre justeringer underveis og være med på utformingen av det arbeidet som er gjenstand for evaluering. Halvtidsevalueringer i et prosjektarbeid er eksempel på en slik formativ evaluering. Man har gjort seg noen erfaringer, evaluert disse, for så å gjøre nødvendige endringer før man tar til på det videre arbeidet. Ved summative evalueringer gjøres evalueringen i etterkant av det man undersøker er avsluttet. Man gjør da en retrospektiv undersøkelse av det man ønsker å evaluere. Ved en summativ evaluering vil man som fremgår av navnet gjøre en oppsummerende evaluering, men man har mistet muligheten av å gjøre endringer underveis slik man har muligheten av i de formative evalueringer (ibid.). Begge evalueringsmetodene kan likevel inngå som del av et kvalitetsforbedringsarbeid, og metodene er ikke utelukkende hverandre. Evalueringer kan gjøres som en kombinasjon av formative underveis, og summative ved avslutning. Eksempel på slik kombinasjon av begge metodene ble benyttet under opptrappingsplan for psykisk helsevern underveis i planperioden der SINTEF helse fikk oppdraget med å gjennomføre fortløpende evalueringer (Sitter & Ådnanes, 2004 og 2007), samt ved opptrappingsplanens avslutning der det ble gjort en større måloppfyllelsesanalyse (Norges forskningsråd, 2009).

#### 4.2.1 Måloppfyllelsesanalyser

Som tidligere nevnt finnes en mengde evalueringsstudier, om ulike tema, og med ulike hensikter og det finnes en rekke ulike metoder for evalueringstudier. Til hjelp og for å rydde litt i de ulike typene har Eriksson og Karlsson (2008) vist til ulike forslag til kategorisering av de ulike studier ut fra tematisk innhold og struktur. I deres kategoriseringsforslag vil summative evalueringsstudier utført retrospektivt ofte bestå av å være måloppfyllelsesanalyser. Som vist i figuren under:



*Fig. 3. Prinsipiell illustrasjon av måloppfyllelsesanalyse (fritt etter: Eriksson og Karlsson, s. 146).*

Måloppfyllelsesanalysen slik den er illustrert ovenfor vil i sammenheng med denne studien bestå av en retrospektiv undersøkelse der jeg søker å få kunnskap om hvorvidt målsettingen for etterutdanningsstudiet har hatt ønsket måloppnåelse. Situasjonen *før* er dermed den målsettingen som ble satt innen kurset ble igangsatt. I denne evalueringen av kurset kjenner jeg ikke til situasjonen *før*, og kan således ikke gjøre en evaluering på grunnlag av det. Datasamlingen som gjøres gjennom intervju av kursdeltakere vil kunne gi kunnskaper om hva som er effektene etter intervensjonen, som i denne sammenheng er etterutdanningskurset, og det vil derpå kunne gjøres en drøftning i hvilken grad kursets målsetting er nådd. Bruk av denne modellen vil og kunne gi kunnskap om hvorvidt studiens målsetting har vært gode mål i den forstand at det er mål som lar seg måle.

#### 4.2.2 Om behov for evalueringsstudier

Er det så behov for evalueringsstudier, og hvorfor er det blitt så mange som bedriver evalueringsforskning? Eriksson og Karlsson (2008) støtter seg til den svenske statsviter og forsker Evert Vedung med påstanden om at det på mange måter er gått inflasjon i bruken av ordet evaluering. Han refereres blant annet med utsagnet:



” Alla talar om utvärdering nu om tiden. ....uttrycket har spridits från ”the scientific man”, ifrån forskarasamhället, till ”he common man”, till gemene man, d.v.s alla talar numera om utvärdering och kommer i kontakt med fenomenet.” (ibid., s. 27)

Vedung problematiserer med dette at evaluering mulig er blitt en *for* vanlig måte å beskrive eller måle effekter. Man kan således spørre seg om det er behov for alle disse evalueringsstudiene. Gustavsson (2009) svarer på dette at kunnskapsbehovet i dagens helsetjeneste endres raskt, og kunnskapsbehovet bærer preg av en globalisering og mangfold (ibid.). Tidligere varte den kunnskapen man fikk gjennom grunnutdanningen lenge. I dag er ikke lenger dette tilfelle. Utfordringene innenfor psykisk helsearbeid synes å øke i omfang, samtidig øker tilgangen til ny kunnskap innen fagområdet. I takt med dette etableres stadig nye kompetansehevende kurs og utdanninger. Utvalget er blitt stort og i noen grad så stort at det både for helsearbeideren selv og for ledere som skal prioritere hvilke tilbud de skal la sine medarbeidere benytte begynner å bli vanskelig (Robberstad, 2002).

Vedrørende evaluering av utdanninger og kurs pekes det av Thygesen og Tønsberg (2004) på, at en rekke etterutdannings- og kompetanseutviklingskurs dessverre ikke har forventet læringseffekt (ibid.). Dette er momenter som taler for et behov for gode evalueringer av de kurs og studier som finnes, slik at erfaringer og kvaliteten på tilbudene kan synliggjøres og hvorpå den enkelte kan på et mer informert grunnlag gjøre vurdering om hvilke kurs og utdanninger man velger. På denne måten kan behov for gode evalueringsstudier sies å være viktige, da hvordan et tilbud blir vurdert kan ha betydning for om det blir videreført og eller blir benyttet av målgruppen. I denne kontekst må det også tas med at gode eller dårlige evalueringsresultat ikke er styrende for hvilke kurs og utdanninger som velges når helsearbeidere etterspør tilbud. I en hovedfagstudie av Mariann Fossum ved Universitetet i Oslo vises det til at arbeidsmiljøet og hvordan dette tilrettelegges for kompetanseheving også er en viktig faktor som innvirker til hva helsepersonell velger av kurs og utdanning (Fossum, 1999). Med andre ord kan det være andre momenter som legges til grunn en kunnskap om tilbudenes kvalitet som styrer valg av kurs og utdanning. Dette er imidlertid et moment som uansett vil være virksomt og er dermed ikke noe motargument til viktigheten av at det gjennomføres gode evalueringsstudier.

### **4.3 Datainnsamling**

Jeg har tidligere presentert hensikten med studien, samt hva som er den teoretiske referanserammen som studien bygger på. For å samle informasjon til å besvare mine

forskningsspørsmål gjennomføres direkte samtaler med deltakere av etterutdanningskurset. Det er studentenes erfaringer, opplevelser og videre deres forståelse av etterutdanningskurset som danner datagrunnlag for denne evalueringsstudien. Samtalene med informantene er gjort som individuelle intervju. De individuelle intervjuene ble gjennomført på deltakernes respektive arbeidsplasser der de arbeider nå. Intervju som datasamlingsmetode er valgt fordi jeg ønsker å få informasjon direkte og sett fra intervjupersonenes side (Brinkmann & Kvale, 2009). Gjennom intervjuene har jeg fått utdypende informasjon om de spørsmål jeg hadde.

#### 4.3.1 Utvalg av informanter

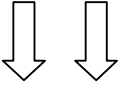
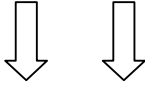
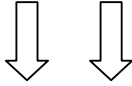
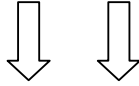
Totalt 31 kursdeltakere deltok på etterutdanningskurset i psykisk helse – rus 2008/09. Invitasjon om deltakelse ble sendt ut til samtlige deltakere (vedlegg 2). 3 invitasjonsbrev kom i retur med adresse ukjent fra posten. Dette gav et tilgjengelig utvalg på 28 respondenter. Av de 28 som trolig har mottatt invitasjon har totalt 9 svart positivt til å delta. 2 personer tok i tillegg direkte kontakt med u.t og fortalte at de vegret seg for å delta, da de var redd for at intervjuene skulle være en form for kunnskapstest. Ca 2 uker etter utsendelse av første invitasjonsbrev ble det på ny sendt ut en påminnelse om invitasjonen (vedlegg 2). I dette andre skrivet ble studiens hensikt på ny presisert, samt også lagt til at deltakelse ikke vil være noen form for kunnskapstest. Etter utsendelse av andre invitasjonsskriv hadde totalt 9 svart positivt til å delta. Svarprosent på invitasjonen ble følgelig noe i underkant av 30 prosent.

Av de 9 respondentene som stilte seg villige til å delta ble 8 intervjuet. Siste respondentintervju nr 9 ble ikke gjennomført da vedkommende måtte trekke seg på grunn av praktiske omstendigheter.

#### 4.3.2 Intervjuguide

Studiens forskningsspørsmål er avledet av studiens hensikt, som er å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etterutdanningskurset som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse. Til gjennomføring av intervju ble det utformet en intervjuguide (vedlegg 1.). Spørsmålene i denne guiden ble forsøkt å balansere mellom å være tilstrekkelig åpne til ikke å låse eller unødig styre respondentene i for sterk grad, men samtidig være et verktøy som bidrar til at tilstrekkelig og relevant data ble innhentet. Hvordan intervjuguiden er utformet og brukt i intervjusituasjonene har og betydning i henhold til studiens reliabilitet og validitet. Dette kommer jeg mer inn på siden.

Intervjuguiden ble utformet med 11 hovedspørsmål. Utgangspunkt for valg av spørsmål i intervjuguiden utgår fra de forskningsspørsmål som i sin tur er avledet av studiens hensikt. For å få frem essensen i forskningsspørsmålene jeg ønsker å belyse er intervjspørsmålene valgt inndelt i fire temaområder. Disse er: Læringsutbytte, Kompetanse, Målene og Forbedring. Temaområdene er valgt ut med den hensikt å sikre at jeg får innhentet data knyttet til samtlige forskningsspørsmål jeg har løftet frem. Ved å inndelegere intervjuguiden i temaområder vil jeg også kunne få en bedre struktur i det videre analysearbeidet. Til hvert temaområde er det utformet egne intervjspørsmål jf intervjuguiden. Prosessen med utformingen av intervjuguiden er gjort som vist i figuren under:

Intervjuguide			
Temaområde 1	Temaområde 2	Temaområde 3	Temaområde 4
Læringsutbytte (L)  Spørsmål	Kompetanse (K)  Spørsmål	Målene (M)  Spørsmål	Forbedring (F)  Spørsmål

*Figur 4: Utforming av intervjuguide*

Forut for de individuelle intervju hadde jeg på forhånd presentert og utprøvd intervjuguiden sammen med medstudenter ved Høgskolen i Hedmark. Dette for å finne intervjuguidens styrker og svakheter. Jeg fikk på denne måten kritiske og konstruktive tilbakemeldinger.

#### 4.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Formålet med en kvalitativ innholdsanalyse er å dekke så mange kunnskapshull som mulig, og samtidig klare dette på best mulig måte og med mest gjennomskinnelighet slik at andre kan se hvordan de innhentede data er blitt behandlet og dermed få kunnskap om på hvilket grunnlag mine vurderinger er gjort. En kvalitativ innholdsanalyse bygger på de fenomenologisk-hermeneutiske grunnprinsipper, men består ikke av noen trinn for trinn metode (Brinkmann & Kvale, 2009). For å sikre at man har fått tak i de sentrale momenter i det innhentede materiale er det likevel hensiktsmessig å bruke en bevisst bearbeidelse av

materialet slik at man sikrer å kunne skille det vesentlige fra det mindre viktige. I en slik bearbeidelse vil man gjennom meningskoding og meningsfortetting kunne gjennomføre en god meningsfortolkning (ibid.). Formålet med å gjennomføre innholdsanalysen bygget på disse deler gjør at man både synliggjør analysearbeidet og styrker studiens pålitelighet. Ved at man benytter en metode som klarer å løfte frem de reelle og egentlige meninger vil også øke studiens gyldighet (ibid.).

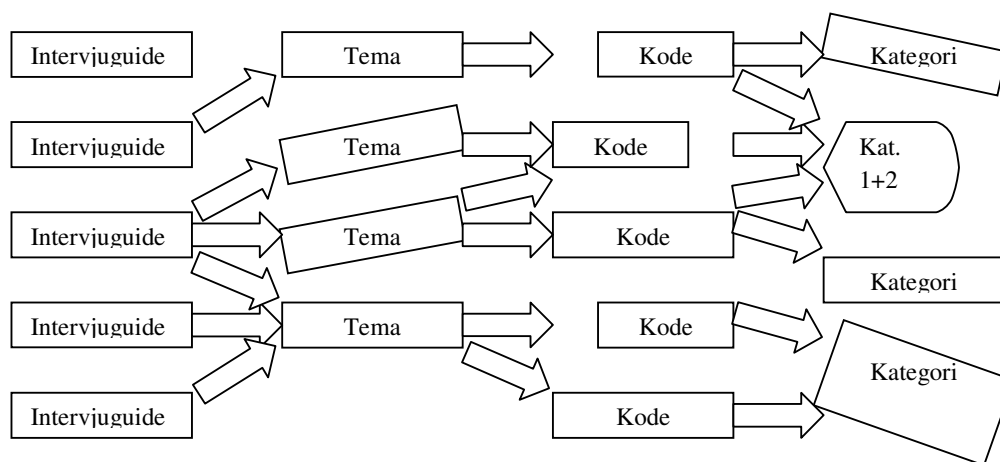
Analysearbeidet har som formål å bygge en bro mellom de innhentede og ubearbeidete rådata og frem til et resultat der det innsamlede data er hensiktsmessig organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011). Bearbeidelse og analyse av kvalitative data er beskrevet av mange forfattere. Det finnes heller ikke noen felles konsensus eller enkeltbeskrivelse for hvordan et slik arbeid skal gjøres. Ulike spørsmål fordrer ulike forskningsmetoder samt også valg av analysemetode for bearbeidelse av de innhentede data (Lorensen, 1998). Valg av analysemodell bør styres av hva som er relevant for formålet. En øvet forsker vil i større grad kunne flekse mellom ulike modeller og tilnærminger. Dette fordrer imidlertid erfaring, en erfaring jeg ikke enda innehar. Til hjelp i analysearbeidet i denne studien har jeg derfor valgt å støtte meg til Malteruds beskrivelse og forslag til kvalitativ (Malterud, 2011). Malteruds forslag til å gjennomføre analysen i en systematisk tekstkondensering beskrives i følgende 4 stegvise analysetrinn:

1. **Foreløpige temaer** (fem-åtte?) indentifiseres ved første gjennomlesning
2. Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om **koder**, som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper. Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.
3. Hver **kodegruppe** deles inn i **subgrupper** (to-tre) som synliggjøre ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kondensering.
4. **Kategorier** (tre-fem) utvikles ved sammenfatning av essensen i hver av de kondenserte kodegruppene og danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapitlet.

(ibid., s.111)

Som beskrevet tidligere består analysearbeidet av å bygge en bro mellom de innhentede rådata og det resultatet man til slutt presenterer. I analyse av kvalitative data bygger dette på et prinsipp om at dataene først dekontekstualiseres for så gjennom et stegvis og bevisst analysearbeid deretter rekontekstualiseres (ibid.). Dette er imidlertid ingen linjær prosess og

Den praktiske gjennomføringen av analysearbeidet følger imidlertid sjelden en slik streng orden og vil, alt ut fra hvilke data som fremkommer i prosessen, måtte justeres. Ulike spørsmål og svar vil kunne avlede til nye tema, som igjen vil kunne avlede til nye eller endrede koder og kategorier enn hva man i utgangspunktet kunne forutse. En mer tilpasset prosess der man ikke utelater viktig informasjon som følge av en for streng metodisk plan, vil bedre ivareta at respondentenes opprinnelige utsagn og meninger blir tatt med i den endelige rekontekstualiseringen. En slik analyseprosess er forsøkt vist i figuren under:



Skjematisk vist kan en slik prosess fremstå som uoversiktlig og lite egnet, men underveis i kodingsarbeidet vil nettopp fleksibilitet i analysearbeidet ivareta at informasjon som kommer frem underveis i arbeidet ivaretas (ibid.). En slik fleksibilitet i arbeidsprosessen bidrar også til at man både ivaretar informasjon man finner ved både tversgående og langsgående analyser av de innhentede data.

#### 4.5 Litteratursøk

Mine søk avgrenses til tema om kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid. Internasjonalt finnes enorme mengder med forskning på området psykisk helse. Og det finnes en rekke helserelaterte databaser å søke i. Det forekom flere overlappende treff, der samme artikkel/boktittel forekom under ulike søkeord. Mange søk ble også utført som følgesøk etter referanser gitt i de ulike bøker og artikler. Litteraturen benyttet i studien er dermed dels fremskaffet som følge av direkte søk på utvalgte søkeord, men også søk etter direkte referanse i de bøker og artikler jeg har lest i forbindelse med arbeidet.

Åpent søk med relevante søkeord i bibliotek tjenestens søkemotor Bibsys gir et meget stort antall treff og det er behov for en avgrensning. Søkeord ble utført i de norske databasene Bibsys Ask og Bibsys Brage, Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og høgskolens egen database Kunnskapsegget. Søkeord har vært, *psykisk helse og utdanning, kompetanseutvikling og psykisk helsearbeid, psykisk helse og evaluering, utvardering*. I de engelskspråkelige databasene Google scholar, PubMed, og Ebrary er samme ord benyttet i oversettelse: *Education, development, competence and mental health, interprofessional mental health care, evaluation in mental health care*.

#### 4.6 Validitet eller gyldighet, noen valg av begrep

Det har vært mer unntaket enn regelen at den kvalitative forskeren tar med et kapittel hvor de stiller spørsmål ved arbeidets reliabilitet og validitet. I de tilfeller det blir gjort, står forskeren i fare for anklage om å blande inn en tenkemåte og språkbruk mest benyttet i den kvantitative forskningen hjemmehørende i positivistiske vitenskapstradisjon (Kvale, 1989). Innen den kvalitative forskningstradisjon brukes ofte andre begreper. Om reliabilitet brukes ofte isteden begrepet etterprøvbarehet. Begrepet validitet oversettes ofte som gyldighet, men har to dimensjoner, og kan oversettes både med begrepet troverdighet, eller begrepet overførbarhet alt avhengig av hva man ønsker å beskrive (Fagermoen, 2005). Hvorvidt dette kun handler om bevisste valg av å bruke andre ord for å markere en annerledeshet, eller om det faktisk foreligger en reell forskjell beskrives det ulikt fra ulike forfattere. Det finnes også ulikhet i hvordan begreper og ord brukes fra språk til språk. I engelskspråklige land er termene valid og reliabel hverdagsord, slik er det ikke i Norge, hvor disse ordene er mer fremmede i dagligtalen (Kvale, 1997). Temaet om hva som er valid og sann vitenskap berøres av det mer filosofiske spørsmålet om hva sannhet er og hva sann kunnskap bygges på. Her finnes ulike meninger og jeg har tidligere i oppgaven under kapitlet om fremvekst av

en ny tenkning pekt på at det i senere tid har skjedd en endring ved hva som regnes som sann kunnskap i dagens psykiske helsearbeid. Om validering innen kvalitativ forskning skriver Kvale (1998) "Validation becomes investigation, continually checking, questioning, and theoretically interpreting the findings" (ibid, s.77). Slik jeg forstår dette beskrives valideringsprosessen i den kvalitative metode som en kontinuerlig undersøkelsesprosess der man spør, spør igjen, og hele tiden tolker de funn og svar man får. Og på denne måten kommer så nær opp til "sannheten" man kan.

Innen den kvalitative forskningen handler reliabilitet mer om forskningsfunnenes konsistens (ibid.). Kritikk av den kvalitative forskningsmetode har ofte vært at den på grunn av sin fleksible metodikk kan åpne for vilkårlig subjektivitet, der forskerens innvirken både på intervjuobjektet og på funnenes fortolkning kan påvirke resultatene. Et motsvar på denne kritikken er at man ved en for stor vekt på streng metodebruk, også vil miste viktige data om man fratar forskeren kreativitet og mulighet for variasjon.

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ metode der jeg gjennom en valgt modell for innholdsanalyse (Malterud, 2011) vil forsøke å finne relevant og hensiktsmessig data for bearbeidelse og presentasjon av funn. Metoden og således også valideringsarbeidet er valgt ut fra et ønske om å kunne finne og beskrive data i en kontinuerlig undersøkende prosess slik beskrevet ovenfor. Beskrivelse av modellen jeg følger og de valg jeg fortløpende har gjort i forbindelse med arbeidet er forsøkt gjengitt så nøyaktig som mulig, slik at andre etterpå kan etterprøve arbeidet og eventuelt avdekke metodiske feilgrep eller konklusjoner som er gjort på feil grunnlag. Dette for at andre, siden kan gjøre en selvstendig vurdering om forskningsfunnenes konsistens. Mer om dette er beskrevet under oppgavens drøftingskapittel.

#### **4.7 Etiske overveielser**

Studien er gjennomført basert på frivillig deltakelse og på forhånd informert samtykke hos samtlige deltakere og respondenter. Hver deltaker mottok på forhånd et skriftlig informasjonskriv der bakgrunn og hensikt for studien var forklart. Deltakere kunne når som helst, og uten å oppgi grunn, trekke seg fra all videre deltakelse. All informasjon, skriftlig og muntlige lydopptak fra intervjuene ble under arbeidsperioden oppbevart utilgjengelig for andre enn u.t og veileder. All materiale som kan spores tilbake til enkeltrespondenter vi bli slettet/makulert etter sensur av ferdig innlevert masteroppgave. Gruppen av respondenter er

relativt sett liten og enkeltutsagn som kan mistenkes å spores tilbake til personen som uttaler seg, eller til personer som er omtalt er omskrevet slik at kravet om anonymisering er ivaretatt. Overnevnte regler er i overensstemmelse med de forskningsetiske prinsipper som er definert i Helsinkideklarasjonen (NOU 2005:1). Intervjuene ble gjennomført i etterkant av at prosjektarbeidet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige tjeneste, NSD, 19.03.2012 (Vedlegg nr. ).

#### 4.7.1 Intervju av helsepersonell

Studien er bygget på intervju av helsepersonell. Selv om helsepersonell på generell basis ikke regnes som en sårbar gruppe, vil det alltid være viktige avveininger og hensyn å ta. Der man ved intervju av for eksempel pasienter eller pårørende må ta spesielle hensyn og hvor kravet til etisk forsvarlig fremgangsmåte er meget strenge, er det likevel slik at man i ethvert forskningsopplegg der man intervjuer eller på annen måte bruker innsamlet data vil måtte vise aktsomhet.

”En intervjuundersøkelse er et moralsk foretakende: den personlige interaksjon som skjer i intervjusituasjonen påvirker den intervjuede, og kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker vårt syn på menneskers situasjon.” (Kvale, 1997, s. 65)

Kvale beskriver her to viktige momenter man må være seg bevisst. Både den direkte påvirkningen man som intervjuer har overfor respondentene, samt at det som undersøkelsen beskriver, vil inngå som en del av vår kunnskap, og følgelig påvirke vårt syn på mennesker. Sårbarhet som fenomen gjelder ikke kun ved forskning på spesielle og eller utsatte grupper. Sårbarhet er et aktuelt og viktig fenomen uansett hvor, eller hvem man forsker sammen med eller på (Andvig, 2010). Andvig støtter seg til den hyppig siterte danske teolog og filosof Knud E. Løgstrup (1905-1981) og hans bok ”*Den etiske fordring*” (1956) når hun beskriver at vi alle er sårbare vesener og er avhengig av hverandre (ibid, s.51).



## 5. PRESENTASJON AV FUNN

Som beskrevet i metodekapitlet har jeg valgt å bruke Malteruds (2011) sin stegvise forslag for å analysere de innhentede data. Formål med denne analyseprosessen er å finne karatertrekk, mening og sammenhenger som igjen kan belyse de forskningsspørsmål jeg har løftet frem. Under saksen inn et lite utdrag fra en større skjematisk oversikt over de funn jeg mener å ha gjort. Mer fullstendig oversikt i skjematisk tabell over tema, kategori og subkategori er lagt som vedlegg nr. 4.

Tabell 1: Utdrag fra skjematisk oversikt over analyseprosessen (*tall i parentes angir respondentnummer og side i de transkriberte intervju*)

Tema:	Kategori:	Subkategori:	Meningsbærende enhet:
Læringsutbytte	Opplevelse av læring	Gjenkjennelse	<i>"jeg kunne assosiere det med noe fra jobben (....) Det er de tingene som sitter i mest."</i> (3/1)
		Opplevelse av nytte	<i>"Ja, jeg tenker jo noe med det der at man får tilført noe ny kunnskap, så gjør det at du blir mer interessert. Det gjorde det hvert fall for meg, og jeg forsøkte å bruke en del av det etterpå."</i> (2/5)  <i>"at vi kunne ta dette med tilbake til jobben og kunne bruke dette i situasjoner som oppstår."</i> (1/2)
	Læringsnivå	Faglig nivå	<i>"Men jeg følte at jeg selv hadde litt for lite bakgrunnskunnskap til å skjønne alt det de arbeidet med. I forbindelse med psykiatri også. Vi har jo ikke så mye psykiatri i hjemmesykepleien. Og da hadde jeg kanskje trengt å vite litt mer."</i> (9/4)
		Trygg på eget fag	<i>"Jeg var mer trygg på å gå inn i samtaler, jeg var mer trygg på å være med i tverrfaglige samtaler."</i> (3/5)
	Læringsarena	Aktiv og passiv læring	<i>"Det er klart at sånn sett, at det var mer læring i forelesningene. Det var det nok. For der kommer det jo frem. Selv om man sitter mer passiv der. Man blir jo mer aktiv i de derrefleksjonsgruppene."</i> (4/4)  <i>"Du husker det du ser. Det er ikke alltid det man hører sitter. Men det en ser og opplever sitter."</i> (5/10)
		Undervisningsformer	<i>"Det som jeg har tenkt på i ettertid det er den kombinasjonen av forelesninger og veiledningsgruppa. Den synes jeg var veldig bra."</i> (1/1)
	Varig læring	Anvendelse av tilført kunnskap	<i>"Han har jeg virkelig lært noe av i forhold til de brukerne jeg har, og som jeg har jobbet med i ettertid."</i> (7/2)
		Stimulering til videre læring	<i>"Jeg føler at dette har bidratt til at jeg har hatt lyst til å gå videre og at jeg har hatt lyst og nå har begynt på videreutdanning, tenker jeg."</i> (2/3)

I det videre vil jeg utdype de deler som jeg mener er mine hovedfunn. I analyseprosessen er det tatt hensyn til både de funn som er gjort ved en tverrgående analyse av hele materialet og ved en langsgående analyse der hver enkelt respondents svar er analysert. Funnene jeg presenterer under er ikke gjengitt med samme kronologiske inndeling som fremgår av tabellen, men er heller beskrevet ut fra hva jeg mener er de forskjellige hovedfunn. De enkelte kategorier og subkategorier er noen ganger valgt å felles inn sammen, da jeg mener at sammenhengen er for tett til at det er naturlig med for strenge skiller i nivå. Uttalelsene som er satt i anførselstegn i presentasjonen videre er direkte sitater hentet fra de transkriberte intervjuene.

## **5.1 Læringsutbytte**

### 5.1.1 Opplevelse av læring

Flere av spørsmålene som ble stilt respondentene hadde som formål å finne ut på hvilke måter de har hatt en opplevelse av læring ved deltakelse på kurset. En sentral faktor som fremkom synes å være gjenkjennelse. At kurset tok opp tema som de kjente igjen fra sitt arbeid og som de kunne relatere det de lærte til synes å være vesentlig faktor til opplevelse av læring. En sa: "Jeg da kunne assosiere det med noe fra jobben ... Det er de tingene som sitter i mest". En annen faktor som ble fremhevet var opplevd nytte. At respondentene opplevde det de lærte som nyttig kunnskap. Slik det blant annet fremkommer i følgende: "Ja, jeg tenker jo noe med det der at man får tilført noe ny kunnskap, så gjør det at du blir mer interessert, det gjorde det hvert fall for meg, og jeg forsøkte å bruke en del av det etterpå." At teori ble knyttet mot praksis ble også fremhevet. "At vi kunne ta dette med tilbake til jobben og kunne bruke dette i situasjoner som oppstår". Respondenten beskriver med dette at opplevelse av nytte kan ha en sammenheng med at teori og praksis knyttes sammen.

### 5.1.2 Læringsnivå

Kurset var satt sammen med ulike tema og ulike forelesere. Det var også ulikt utdanningsnivå blant kursdeltakerne. Interessant er derfor å vite noe om det faglige nivået kurset ble lagt på var hensiktsmessig. En svarte: "Men jeg følte at jeg selv hadde litt for lite bakgrunnskunnskap til å skjønne alt det de arbeidet med. .... Vi har jo ikke så mye psykiatri i hjemmesykepleien. Og da hadde jeg kanskje trengt å vite litt mer". Denne respondenten viser hva flere gav uttrykk for. At deler av kurset mulig tok opp tema som enkelte kursdeltakere hadde liten kjennskap til fra før. At forkunnskapene var ulike mellom

deltakerne. Samtidig gav flere uttrykk for at tross begrensede forkunnskaper så var dette kunnskap de hadde behov for i sin jobb og enkelte pekte også på at det måtte være et visst faglig nivå på det som ble undervist for at de skulle ha noe utbytte av undervisningen.

Det synes som trygghet på eget fag har vært en innvirkende faktor på læringsutbytte. Slik en av respondentene uttrykte det: ”Ee.. ja, jeg følte nok at jeg har vært litt usikker på, på hva jeg selv har av kunnskaper. Fordi jeg er såkalt bare ... aktivtør og hjelpepleier, og bare det liksom. Men så fikk jeg litt mer sånn trygghet.” En annen respondent svarte: ”Jeg tar gjerne disse samtalene og disse oppgavene som jeg ikke gjorde før.” Respondenten peker med dette på at økt tilført kunnskap kan ha bidratt til økt trygghet på eget fag.

### 5.1.3 Læringsarena

Kurset var lagt opp dels som tradisjonell undervisning i klasserom, og dels som veiledende refleksjonsgrupper i grupper a 6-8 personer. Mange kursdeltakere forteller at denne kombinasjonen av læringsformer var ukjent og det er interessant å vite noe om hvilke erfaringer deltakerne har gjort av denne to-delingen. Om dette hadde flere av respondentene mye å fortelle. Langt de fleste gav uttrykk for at de opplevde kombinasjonen som utfyllende og hensiktsmessig. Som en sa: ”Det som jeg har tenkt på i ettertid det er den kombinasjonen av forelesninger og veiledningsgruppa. Den synes jeg var veldig bra.”

Det fremkom imidlertid også faktorer som var styrende for hvorvidt refleksjonsgruppene og undervisningen ble opplevd som hensiktsmessig og god. Om gjennomføringen av refleksjonsgruppene kom blant annet til uttrykk: ”Når det gjaldt de gruppene, så kunne det variere litt hvordan de var. For det kom jo litt an på hvem som var tilstede. For det varierte jo litt.”. En annen respondent sa: ”Jeg er litt usikker på det om det var så veldig bra, egentlig. .... De hadde en litt tendens til å gå utenom, litt sånn, kunne også bli litt, pjatt?”. Sitatet peker både mot behovet for stabilitet i gruppen og det sier også noe om behovet for styring på gruppene. Mer data om disse faktorene omtales om litt.

### 5.1.4 Passiv og aktiv læring

Delingen av ulike læringsarena gir også mulighet for veksling mellom aktiv og passiv læring. Dette var en bevisst valg i utformingen av kurset. Om denne delingen har vært

hensiktsmessig og om det har vært en hensiktsmessig vektlegging på den ene eller den andre læringsarenaen er interessant å vite noe om. Om dette fortalte en: ”Men det kan jo, altså, når du får kunnskap sånn fra en som står og foreleser, så får du jo mange ganger noe nytt der, ... men jeg tror de refleksjonsgruppene at jeg synes de sa meg mest nyttig. Kanskje. Eller egentlig begge to (ler) Går det an å si det?”. En annen uttrykte: ”Du husker det du ser. Det er ikke alltid det man hører sitter. Men det en ser og opplever sitter.”.

#### 5.1.5 Varig læring

Det har vært et mål å finne ut hvorvidt kurset kan ha innvirket til varig læring for deltakerne. Enkelte spørsmål i intervjuene handlet om dette og noe av det som fremkom gjengis som følger: ”Han har jeg virkelig lært noe av i forhold til de brukerne jeg har, og som jeg har jobbet med i ettertid.”. Eller som en annen uttrykte det: ”Jeg føler at dette har bidratt til at jeg har hatt lyst til å gå videre og at jeg har hatt lyst og at nå har begynt på videreutdanning.”.

Langt de fleste respondenter forteller at kurset har gitt stimulering til videre læring. Men ikke alle svarte dette. Blant svarene som ble gitt var også følgende: ”Jeg kunne aldri tenke meg å jobbe innen psykiatri. Det kan jeg for så vidt ikke. Men så grunnen til at jeg tok kurset var mest for at vi får det her i sykepleien. ... Men jeg kunne ikke tenke meg å gå noe videre”. Respondenten peker her på at det på forhånd har vært ulik motivasjon for å delta på kurset. Enkelte har fortalt at de startet på kurset ut av egen interesse for fagfeltet, mens som overnevnte sitat viser har det også vært deltakere som kan ha tatt kurset mest fordi det oppleves som en del av jobben for øvrig. Hvorvidt dette har medført ulik grad av varig læring og også økt kompetanse er det behov for å belyse gjennom andre spørsmål.

### **5.2 Kompetanse**

Et av kursets målsettinger har vært å øke helsepersonells kompetanse. Som beskrevet i kapitlet om studiens referanseramme handler kompetanse om flere ting. Spørsmålene som ble stilt respondentene søkte å belyse kompetanse på ulikt vis. Her er noe av det som fremkom.

### 5.2.1 Personlig kompetanse

Fagkunnskap er en sentral del av helsearbeiderens personlige kompetanse. Respondentene svarte ulikt på spørsmål knyttet til dette tema. Flere opplevde at de hadde begrenset fagkunnskap innen psykisk helsearbeid, og spesielt innen kunnskap om psykiatri, diagnostikk og behandling var det flere som svarte at de følte på manglende kunnskap. En annen del av den personlige kompetanse handler om holdninger og verdier. Her synes det som respondentene i større grad hadde opplevd læring. Flere påpekte at deres holdninger til mennesker med psykiske lidelser eller med rusrelaterte problemer ble endret. Sitatene under uttrykker hva som synes være manges opplevelser: "Det jeg lærte best selv var å være medmenneskelig, med kunnskaper bak. Kan vi si det sånn. Å ha en medmenneskelig front, med en pose med kunnskap bak" En annen sa: "Jeg er blitt litt mer bevisst på ting, men jeg kan ikke akkurat sette fingeren på hva det er, men jeg føler at jeg tar mer ansvar, og, ja at jeg er blitt mer bevisst." Sitatene synes å peke mot at det har skjedd en opplevelse av endring hos respondentene. Og at dette både handler om økt fagkunnskap og samtidig en innvirkning på deres holdninger og verdier.

### 5.2.2 Erfaringskompetanse

En annen viktig faktor i forhold til helsepersonells kompetanse er deres erfaringskompetanse. Om dette beskriver en: "Og det var det menneske, som så, som så vedkommende. Ja. For ofte har vi så lett å tenke hele tiden at det er fagfolk som skal behandle, men det er jo ikke sånn i det virkelige livet. Nei.". Respondenten peker med dette på behovet for å ha faktisk kunnskap fra praksis for å kunne se et bredere og mer helhetlig bilde. Flere av respondentene gav tilsvarende beskrivelser og påpekte viktigheten med at kunnskap som tilføres kan speiles i den praktiske hverdag og dens utfordringer og muligheter.

### 5.2.3 Felles basiskompetanse

Felles basiskompetanse er beskrevet i referansekapitlet som viktig faktor for en samhandlende og helhetlig tjeneste. Følgende sitat synes å beskrive at også dette: "Å få en fullstendig forståelse av både rus på den ene siden og så psykiatri på den annen side og så kunne slå det sammen for å kunne gi en god omsorg og pleie.". Respondenten peker med dette på viktigheten av å kunne ha et helhetsbilde for å kunne gi god omsorg og pleie.

Også anerkjennelse av brukeren og brukerens integritet og autonomi ble av flere fremhevet: ”Ja at du møter et menneske med åpenhet og vennlighet. Og at du møter mennesket uten at du selv skal invadere det, men at du møter det med et smil og at du kan se det.”.

#### 5.2.4 Tverrfaglig kompetanse

Kurset er bygget på en modell der erfaringsutveksling helsearbeidere imellom har vært viktig del av kursets utgangspunkt for organisering med fokus på tverrfaglig forståelse. Her er noen av erfaringene som fremkom under intervjuene: ”Du får opp, du får opp, ee.. tanker om ting som du kanskje ikke har tenkt på, eller som du ikke hadde kommet på selv, og ja, som du ikke hadde, ja, det har jeg ikke tenkt og det har du helt rett i. Flere innspill” En annen uttalte: ”Forskjellige faggrupper. Og du ser ting fra mange forskjellige, ee.. Ja mange forskjellige synspunkter. Og det synes jeg har vært lærerikt.”

I den tverrfaglige forståelsen inngår også helsearbeideren evne til å innta et brukerperspektiv i sin yrkesutøvelse. De fleste respondentene bemerket kursets tema utviklet og fremført av personer med brukererfaring, og fortalte at de opplevde dette som lærerikt og holdningskapende for dem: ”Det er jo ok å sitte i forelesning og det er jo ok å høre fra lærere, men faktisk er det av og til ok å høre direkte fra brukerne selv”. Og en annen sa: ”Kanskje spesielt den der biten med disse brukerne da,... den biten må ha påvirket meg som helsearbeider”.

### **5.3 Forbedring**

Et av målene med denne evalueringsstudien er å løfte frem mulige forbedringspunkter av etterutdanningskurset i psykisk helsearbeid og rus. Gjennom intervjuene ble derfor respondentene spurt om innspill til endring.

#### 5.3.1 Kursets organisering

God tilrettelegging og nøyaktig informasjon synes å være faktorer som av respondentene blir vektlagt som viktig. Ulike helsearbeidere fra ulike tjenester og kommuner deltok på kurset. En utfordring i utformingen og av kurset var derfor å organisere kurset slik at det kunne være tilgjengelig for flest mulig. Langt de fleste forteller om at de var fornøyd med tilretteleggingen av kurset. ”God organisering og også det i forhold til forelesning og informasjon, de tingene gikk veldig greit.”.

Det fremkom imidlertid av enkelte at det var en opplevd diskrepans mellom den informasjon de hadde oppfanget forut kursstart og hvordan kurset faktisk viste seg å være. ”Jeg hadde trodd at det var et mer forpliktende studium jeg hadde begynt på ... jeg trodde det var litt mer omfattende.” En annen fulgte opp med: ”Jeg trodde det var noe annet jeg begynte på enn det det var. Så kanskje kunne beskrivelsene for kurset vært annerledes”.

### 5.3.2 Undervisningsformer

Det er tidligere beskrevet at de fleste respondentene opplevde forelesningene som en god læringsarena. På direkte spørsmål om utbytte av forelesningene svarer også de fleste at de har opplevd dette som en arena der de har fått gode ”input” av ny kunnskap. Det er av flere bemerket at det gjennomgående har vært gode forelesere med troverdighet til faget, og med god formidlingsevne. Enkelte har imidlertid fortalt at forelesningene har vært i overkant lange og at de dermed kan ha mistet noe av den konsentrasjon som er nødvendig for å få med seg innholdt i undervisningen. Et aspekt som også ble trukket frem var opplevelsen av god læring var følge av at det har var en relativt liten deltakergruppe og at det derfor var anledning til å gi kommentarer og oppfølgende spørsmål der det har vært uklart hva som er undervist. ”Og den måten å sitte i hesteko, så foredragsholderen når de går rundt, altså man kommer nær innpå.”. Flere fortalte i denne sammenheng at valg av en dialogbasert undervisning for dem har blitt opplevd som hensiktsmessig. Også det at selve undervisningslokalet var formet slik at deltakerne ble sittende i en hesteko rundt foreleser blir bemerket. Der alle kan se hverandre og hvor avstanden til foreleser blir kort.

Om refleksjonsgruppene fremkom mye interessant informasjon. Av nesten alle ble refleksjonsgruppene fremhevet som interessante og lærerike. Men det synes å peke mot at det først og fremst var kombinasjonen av først forelesning, så refleksjonsgrupper som av flest har blitt opplevd som lærerikt. Følgende sitater synes å være oppsummerende for hva mange fortalte: ”Det var liksom samhandling mellom foredrag og refleksjoner og oppfølging og diskusjoner.”.

Også gruppeveileders rolle ble av mange kommentert. En sa: ”Nei det må være noe styrt. Det må være en rød tråd igjennom det hele. Eller så løper samtalen av gårde.”. En annen uttrykte: ”Ja, kursholder har en svært viktig rolle. .... Ja kursholder må ha evne til å

engasjere. Ikke bare lese opp og messe ut et budskap.”. Og atter en annen: ”Det ble byttet litt på veileder, så det var jo egentlig litt dumt. Det var ei som begynte, så var det ei annen ei som kom inn. Så da mistet vi litt sånn, tråden i det på en måte.”.

Ut fra ovenstående kommentarer kan det synes som at gruppeveileders rolle i kurset har hatt en viktig funksjon. Både for å holde styring i gruppene, samt også for å tilføre inspirasjon. Det fremkommer også at gruppen kan være sårbar og som beskrevet over gjorde bytte av gruppeveileder noe med tryggheten i gruppen. Også refleksjonsgruppens størrelse ble kommentert som vesentlig moment: ”Hvis man blir for mange, og for stort, så har det en tendens til at det er flere som ikke føler seg, som forblir så inkludert”.

### 5.3.3 Vurderingsformer

Kurset hadde ingen egen vurderingsform eller eksamen. Utelatelse av eksamensvurdering ble gjort bevisst for å kunne favne så mange som mulig i en travel arbeidshverdag. Interessant er det derfor å høre om dette har vært en hensiktsmessig vurdering. Om dette fremkom ulike meninger. En sa: ”Ja jeg tror nok at en hadde lært mer, for da går en jo enda dypere inn i stoffet, om en har eksamen.”. og en annen sa: ”Ja, en kunne jo godt ha hatt noen studiepoeng.”. Atter andre igjen fortalte at de neppe hadde deltatt på kurset om det hadde vært en eksamensvurdering, da dette hadde blitt opplevd som for arbeidskrevende.

### 5.3.4 Omfang

Også kursets omfang ble av flere kommentert. Også her kom ulike meninger frem: ”Jeg vil kanskje godt tenke meg at det var flere forelesninger rett og slett. Ja, flere forelesninger... Gjerne flere tema også.”. En annen uttrykte følgende: ”Hadde det vært mye mer omfattende så måtte jeg kanskje bare sagt nei.”. Som beskrevet i disse sitatene så var det stor ulikhet i oppfattelsen om kursets omfang. De øvrige svarene fra respondentene gav tilsvarende variasjon. På spørsmål om utvalg av tema var det flere som fortalte at de ønsket mer om rus og rusbehandling. Følgende sitat er beskrivende for hva flere fortalte: ”Så vil jeg ha hatt med mer om rus. Vi jobber jo bare mer og mer med rus. Overalt. Derfor synes jeg vi skulle hatt mye mer om rus.”.



## **6. DRØFTNING**

### **6.1 Kompetanse og kompetansebygging**

En av målsettingene ved etterutdanningskurset har vært å stimulere til kompetanseheving gjennom refleksjon rundt egen og andres yrkesutøvelse, oppnå større bevisstgjøring, samt øke kunnskapene om psykisk helsearbeid og rus. Avledet av denne målsetting er følgende et av mine forskningsspørsmål hvorvidt etterutdanningskurset har, og i så fall på hvilken måte ført til slik kompetansebygging hos deltakerne. Jeg vil i det følgende belyse ulike faktorer ved denne problemstilling. Som også i kapitlet der presentasjon av funn er gjort, er drøftningen under, presentert ut fra en prioritert rekkefølge på hvilke tema som jeg vurderer som studiens mest sentrale.

#### 6.1.1 Kompetansebehovet innen psykisk helsearbeid og rus.

I kapitlet der studiens referanseramme er redegjort for vises det til hvordan det innen dette fagfeltet har skjedd en endring i kunnskapsbehov. Dette er en endring som også gjenspeiles i de nasjonale føringer som foreligger. Et mer nyorientert syn på psykisk lidelse og avhengighet er vokst frem, hvor brukerens egne ressurser og behov i større grad fokuseres frem i behandling og oppfølging. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp nr. 63. 1997-97) la i sin tid opp til en styrkning av samtlige ledd i tiltakskjeden som skulle hjelpe personer med psykisk lidelse og eller rusavhengighet. Planens målsetting var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet skulle stå sentralt (Statens helsetilsyn, 2001). Opptrappingsplanen legger med andre ord opp til en storstilt endringsprosess innen psykisk helse og rusfeltet. Et relevant spørsmål som reises i kjølvannet av denne endringsprosessen er hvordan man kan implementere denne nye forståelsen og arbeidsmåten inn i utdanningene og arbeidsfeltet. Spesifikt for dette etterutdanningskurset blir spørsmålet da på hvilken måte disse nye føringene og perspektivendringene er implementert, og videre hvorvidt kursdeltakerne har et opplevd læringsutbytte om dette tema.

Etterutdanningskurset var bygget rundt 9 ulike tema som kan kategoriseres under 3 hovedemner. Emne 1. Behandling og rehabilitering, herunder temaene Akuttpsykiatri, Psykisk helse hos eldre, Rus og rusavhengighet, samt Psykisk utviklingshemmedes psykiske helse. Emne 2. Forståelse, herunder temaene Grunnlagstenkning, Etikk og holdninger. Og emne 3. Brukerperspektiv, herunder temaene Brukerledet program for helsearbeidere, samt

Barn av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Kurset inneholdt også en temaforelesning om lovverk, som berører samtlige av de andre tema. Utvalg av tema innehar elementer fra både fagspesifikke tema innen behandling og rehabilitering, det innehar elementer om holdninger og verdier og grunnlagstenkning og det synes også å fremstå med et klart brukerorientert perspektiv. Således synes kurset å tilføre relevant kunnskap ut fra hva som ligger i de nasjonale føringer. Kurset synes i omfang og utvalg av tema i stor grad å ha tatt hensyn til disse føringene. Relevant spørsmål blir imidlertid hvorvidt et så pass begrenset kurs i omfang kan opprettholde slikt antall tema og samtidig tilføre nødvendig dybde i den kunnskapen som formidles.

Ut fra de funn som er fremkommet i intervjuene kan svaret på dette være både ja og nei. Enkelte har svart at de opplevde det faglige nivået som for høyt og at de manglet nødvendig forkunnskaper for å kunne ha fullt utbytte av undervisningen. Andre igjen opplevde samme undervisning som gjentakelser fra noe de kunne noe om fra før. Dette viser at det har vært ulike erfaringer og det dermed etter sannsynlighet også har vært ulik læring for deltakerne. Den store ulikheten i utdanningsnivå hos deltakerne fremstår med de funn som er gjort som en pedagogisk utfordring. Ut fra kognitiv læringsteori pekes det på at det er viktig at opplæringen er grundig nok. Sett i denne sammenheng er det bedre å konsentrere opplæringen om et mindre område og komme på et høyt nivå, enn å spre på for mange tema som hver blir overfladisk behandlet (Nordhaug, 1990). Deltakerne ved dette kurset hadde ulik forutsetning og valg av faglig nivå ble derfor satt ut fra ønsket om å nå flest mulig. Dette begrenset muligheten av å kunne gå nødvendig i dybden jf. hva beskrevet om kognitiv læringsteori og det er grunn til å anta at man dermed taper ønsket læringseffekt på enkelte områder. Skal man imidlertid alene legge dette argumentet til grunn, vil man samtidig kunne miste muligheten av en felles læringsarena der personer med ulik bakgrunn kan utfylle hverandre og bidra til felles læring. Andersen (2008) beskriver at en betingelse for tverrfaglighet er flerfaglighet. At det å kunne gjøre et felles arbeid er avhengig av at de ulike aktørene er tilstede for hverandre og anerkjenner ulike kompetanser som likeverdige (ibid.). Slik sett står to ulike hensyn her mot hverandre. På den ene siden ønsket om dybdekunnskap, og på den annen side ønsket om en felles læringsarena der nettopp ulike fag- og erfaringsbakgrunn tas inn som en del av læringen. Spørsmålet i denne kontekst, om hvorvidt det er hensiktsmessig å gjennomføre etterutdanningskurs der man samler deltakere både på tvers av de helse- og sosialfaglige utdanninger, samt også med svært ulikt utdanningsnivå kan derfor ikke besvares entydig. Blant de etablerte videreutdanningene ved

landets høyskoler og universitet har dette vært en diskusjon lenge. Evalueringer av disse studiene viser at langt de fleste helsearbeidere i utgangspunktet ønsker seg fagspesifikke videreutdanninger (Borge, Hummelvoll & Ulland, 1997).

Kurset sett som helhet innehar flere viktige faktorer beskrevet som nødvendig innhold i kompetanse og kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid og rusarbeid. Som beskrevet tidligere er imidlertid kompetanse et begrep som favner bredt. For å belyse på hvilke områder kurset synes å ha innvirket til økt kompetanse hos deltakerne er det derfor hensiktsmessig å dekontekstualisere begrepet i mer avgrensede områder for så å undersøke nærmere de funn undersøkelsen har gjort. I intervjuene ble respondentene stilt spørsmål som søkte å finne faktorer som berørte deres personlige kompetanse, deres felles basiskompetanse og deres tverrfaglige kompetanse.

#### 6.1.2 Personlig kompetanse

Ut fra de funn som er gjort synes det som at det er ulikhet mellom respondentene hvorvidt de opplever at deres fagkunnskap er økt eller ikke. Enkelte av respondentene peker selv på hva som over er beskrevet og handler om deres ulike forkunnskaper forut for deltakelse på kurset som innvirkende årsak til dette. Flertallet av respondentene svarer imidlertid at de opplever at de etter å ha deltatt på kurset sitter igjen med mer kunnskaper enn de fra før hadde. Enkelte klarer å eksemplifisere dette med konkrete områder, men langt de fleste forteller at de opplever at de har lært mye, men har noe vansker med å beskrive nøyaktig på hvilke områder. Det som imidlertid synes å prege de svar som fremkommer er at de nå føler seg tryggere på eget fag enn hva de gjorde før. Videre er det flere som beskriver at de på en tydeligere måte har sett behov for en helhetlig tilnærming. ”det jeg lærte best selv var å være medmenneskelig, med kunnskaper bak. Kan vi si det sånn? Å ha en medmenneskelig front, med en pose med kunnskap bak”. Sitatet oppsummerer hva flere synes å uttrykke som en sentral lærdom gjennom kurset. Det beskriver at kunnskaper er et viktig element, men det peker også på en erkjennelse av at man som helsearbeider også må inneha annen kompetanse, den relasjonelle.

Den del av helsearbeiderens personlige kompetanse som angår deres relasjonelle kompetanse, samt deres egnethet til arbeid innen det psykiske helsefeltet kan man ut fra de innhentede data ikke si noe sikkert om. Dette er heller ikke en kompetanse man kan oppøve eller lære i nevneverdig grad i ordnær undervisning, men heller i praktiske læresituasjoner.

Ikke desto mindre er dette en viktig kompetanse arbeidere innen dette fagfeltet må inneha om de skal lykkes i sitt arbeid. Forskning innen blant annet psykoterapi viser at den relasjonelle komponent er helt sentral og i noen tilfelle avgjørende for å lykkes (Rognes, 2000). Jeg vil komme tilbake til dette momentet senere i drøftningen om hvorvidt etterutdanninger av denne art derfor mulig bør organiseres annerledes, med bakgrunn i nettopp dette momentet.

### 6.1.3 Erfaringskompetanse

Erfaringskompetanse i psykisk helsearbeid og rusarbeid benevnes ofte i sammenheng med brukerens egen erfaring. Erfaringskompetanse i denne kontekst handler om helsearbeiderens egen erfaring og hvordan denne innvirker på egen læring og yrkesutøvelse. Kan så erfaringskompetanse styrkes gjennom deltakelse på kurs, vil da være et relevant spørsmål. Flere av respondentenes svar tyder på nettopp dette. Dette kommer til uttrykk blant annet der de beskriver at de fra før har erfaringer fra egen arbeidspraksis, og at dette har fungert som ”knagger” de kan henge den nyervervede kunnskapen på. Et av opptakskriteriene for kurset var at man måtte ha en arbeidstilknytning med relevans innen arbeid det psykiske helsearbeid eller rustjeneste parallelt med deltakelse på kurset. Ut fra hva fremkommet i intervjuene kan det synes som at mange har opplevd dette som et viktig moment for læring. Gjenkjennelse av det som undervises i, gir mulighet til å knytte ny kunnskap til noe som for deltakerne oppleves som kjent og relevant. Erfaring fra praksis vil på denne måte knyttes mot ny kunnskap, som sammen oppøver ny kompetanse (Hippe, m.fl., 2000). Deres erfaringskompetanse har således kunne kommet til anvendelse og samtidig dannet grunnlag for ny læring. I dette kurset kan det synes som at det spesielt er i de veiledende refleksjonsgrupper at denne erfaringskompetansen er kommet til anvendelse. I denne læringsarenaen har deltakerne også kunnet la egen erfaringskunnskap blitt delt på flere. Det synes således at man gjennom denne organisering av kurset har oppnådd en virksom synergieffekt, og hvor nettopp krav om yrkeserfaring har vært et hensiktsmessig krav.

### 6.1.4 Felles basiskompetanse

Som også beskrevet under avsnittet om kompetansebehovet innen det psykiske helsearbeid er oppøvelse av felles basiskompetanse satt under utfordring av det faktum at det var stor ulikhet i utdanningsnivå mellom kursdeltakerne. Videre så har det som beskrevet, også vært stor ulikhet deltakeren imellom hva gjelder deres erfaringskompetanse. Det er av Helsetilsynet (2001) beskrevet at det overordnede mål man til enhver tid bør arbeide for, er å

ha fokus på det området en tverrfaglig arbeidsgruppe deler som felles basiskompetanse (se fig. 2. side 22). Sagt på en annen måte, det overordnede mål må være et felles mål alle arbeider sammen for å nå. En betingelse for at dette kan skje er imidlertid at det finnes områder med overlappende kompetanse og at deler av denne også kan utgjøre et område man kan definere som felles basiskompetanse. Er det for store ulikheter i en tverrfaglig gruppe vil dette rommet minskes.

At det var stor ulikhet i utdanningsnivå og erfaringskompetanse blir under intervjuene bemerket av flere av respondentene. Men da utelukkende som en erfaring de husker som et positivt element. Hvor de forteller om opplevd nytte av å kunne reflektere sammen på tvers av fag og utdanningsnivå. Slik også det er beskrevet tidligere pekes det på at tverrfaglig arbeid fungerer best der aktørene er tilstede for hverandre og anerkjenner ulike kompetanser som likeverdige (Andersen, 2008). Det er imidlertid grunn til å anta at om det blir *for* store avstander mellom de enkeltes bakgrunn og kompetanse så vil dette kunne innskrenke eller i hvert fall kunne være begrensende for omfang av hvilken felles basiskompetanse som oppnås. Med de store ulikhetene som har vært blant kursdeltakerne er det grunn til å tro at i enkelte tema har dette felles rommet vært heller lite. Kanskje spesielt på den del av undervisningen som har vært knyttet til spesifikk faktakunnskap om rus, rusmidler, virkning og bivirkning. Enkelte av de deltakende sykepleierne ønsket ytterligere fordypning på dette området. Noe som med denne organiseringen ville vært lite hensiktsmessig. Et spørsmål blir da om slike tema egner seg for denne typen tverrfaglige etterutdanningskurs.

#### 6.1.5 Tverrfaglig kompetanse

Tverrfaglig forståelse inngår som et sentralt moment i hvordan det tenkes innen dagens psykiske helsearbeid (Haugsgjerd, m.fl., 2006). Det er i ovenstående avsnitt beskrevet flere momenter som inngår i den tverrfaglige kompetanse. Slik det er beskrevet i kursets innhold og målsetting er tverrfaglighet fremhevet som en sentral faktor. Kurset viser gjennom sitt utvalg av tema samt også gjennom et bevisst utvalg av deltakere, at tverrfaglighet er viet stor oppmerksomhet. Dette kommer også frem i de aller fleste intervjuer som er foretatt. Respondentene forteller at kursets innhold av ulike tema har bidratt til et mer helhetlig perspektiv på psykisk helsearbeid. De gir uttrykk for at de har fått tilført ny kunnskap og at dette har bidratt til en større tverrfaglig forståelse.

Fokus på tverrfaglighet synes også i stor grad å innbefatte brukerperspektivet. Deler av kurset var utformet og tilrettelagt av brukere selv. Et undervisningsopplegg der brukere var undervisere og helsepersonell var elever. I utvalg av tema er dermed brukerkompetanse tatt inn som likeverdig del av undervisningen. I intervjuene ble nettopp denne delen av kurset, av respondentene fremhevet som spesielt interessant og lærerikt. Flere forteller at denne delen av kurset bidro til en økt forståelse av hva tverrfaglig tilnærming og organisering har av betydning for brukeren. At helsetjenesten jobber sammen og ikke fragmentert.

De veiledende refleksjonsgruppene synes som en annen sentral del av kurset i forhold til å fremme en tverrfaglig tenkning. I disse gruppene kunne kursdeltakerne delta i felles meningsutveksling, der de kunne sammenligne egne erfaringer og både tilføre og få tilført relevant erfaringskompetanse inn i en felles læringsarena. En slik læringsarena vil kunne bidra til styrking av deltakernes tverrfaglige kompetanse, men også deres egen yrkesidentitet (Borge, Hummelvoll & Ulland, 1997).

#### 6.1.6 Subjektiv opplevelse av egen kompetanse

Før jeg går videre med drøftning av kursdeltakernes læringsutbytte ønsker jeg å tilføye noen kommentarer knyttet til respondentenes subjektive opplevelse av egen kompetanse. Slik det er beskrevet i avsnittene over synes det som at langt de fleste av kursdeltakerne har opplevelse av at deres kompetanse har økt. Både med tanke på deres personlige kompetanse, deres erfaringskompetanse, samt deres tverrfaglige kompetanse. Dette fremstår isolert sett som positive funn. Men hva så med deres innkompetanse. I hvilken grad er respondentene kjent med denne og i hvilken grad er dette en del av deres bevissthet i deres yrkesutøvelse? Det ligger en stor fare i egen tilfredshet over egen kompetanse om man samtidig har manglende innsikt i egen innkompetanse. Tønsberg (2000) henviser til at *”problemet er at vi gjerne definerer situasjonene så vel som vår egen kompetanse ut fra det vi bevisst vet, uten innsikt i vår inkompetanse”* (ibid. s.107), og peker med dette på et viktig moment. Men samtidig et moment som gjennom de funn utgått av intervjuene vanskelig lar seg besvare. Om jeg likevel skal si noe om hva som kan tolkes ut av intervjuene, så fremstår det som at langt de fleste beskriver en misnøye med egen kompetanse overfor fagområde, heller enn det motsatte. De viser seg således heller å være i en kunnskapsøkende prosess, heller enn i en konkluderende fase der de har nådd en erkjennelse av at, dette kan jeg, eller dette har jeg forstått. Like fullt er temaet om innkompetanse og egen innsikt i dette, et område som mulig bør vies større oppmerksomhet.

## 6.2 Læringsutbytte

Det er tidligere beskrevet kursets innhold og undervisningsmetodikk. Denne fremstår som mangfoldig og synes samtidig i tråd med føringer for en ny forståelse av hvordan psykisk helsearbeid bør utvikles. En ting er imidlertid hva kurset inneholder av tema og metodikk, en annen ting er kursdeltakernes læringsutbytte og hvilke faktorer som synes å innvirke til dette. I denne kontekst vil det være naturlig å vite noe om hvordan denne læring har skjedd, og hvilke læringsmetoder og læringsarenaer som synes i størst grad ha innvirket til læring. I det videre vil jeg drøfte ulike aspekter ved dette.

### 6.2.1 Opplevd læringsutbytte

I kapitlet om kompetanse og kompetansebygging vises det til at respondentene på ulike vis mener å ha økt sin kompetanse på flere områder. Flere av spørsmålene i intervjuene har hatt som formål å avdekke hvilke læringsform som synes mest virksom. Gjennomgang av funnene synes å peke mot at flere faktorer har vært innvirkende.

Forelesningene ble gjennomført felles for hele deltakergruppen samlet. Denne gruppen var likevel såpass liten at det var stor nærhet mellom foreleser og deltakere. Denne organiseringen styrker muligheten for en dialogbasert undervisning. Dialogbasert undervisning muliggjør en tverrfaglig tilnærming (Andersen, m.fl. 2011). Mulighet for felles refleksjon gir deltakerne mulighet for å avdekke sammenhenger mellom hva de selv innehar av kompetanse og hva de inntar av ny kunnskap (Teslo, 2006). Den dialogbaserte undervisningen synes ut fra kursets målsetting derfor å være et riktig valg. Respondentene ble videre spurt om de kunne differensiere læringsutbytte mellom forelesninger og veiledende refleksjonsgrupper. Her svarte de fleste enten at de ikke kunne se disse to undervisningsformene atskilt, men at de i stor grad utfylte hverandre. Dette momentet skal jeg komme mer tilbake til om litt.

Det fremkommer i kapitlet der funnene presenteres at respondentene svarer noe ulikt om de veiledende refleksjonsgruppene. Flere faktorer synes å innvirke på læringsutbytte. En begrensende faktor synes å være der veileder har vært for passiv tilstede. Flere pekte på behov for god styring i gruppen for at ikke samtalen skulle flyte ut og bort fra tema. Fri meningsutveksling er av andre beskrevet som hensiktsmessig i tverrfaglig kompetanseutvikling (Andersen, 2008), men det synes fra respondentene som at der veileder har vært tydelig tilstede og hvor denne har tatt ansvar for å holde samtalen til tema, synes

som vesentlig faktor for godt læringsutbytte. I en av gruppene ble de underveis gjort et bytte av gruppeveileder. To av respondentene forteller at dette ble opplevd som svært forstyrrende. De pekte på behovet for trygghet og tillit innad i gruppen. Vi kjenner blant annet fra veiledningspedagogikk viktigheten av veileders rolle. Evne til å skape trygghet, forståelse og sammenheng. Veileder er ikke atskilt fra den kunnskapsutvikling som skjer hos deltakerne (Teslo, 2006; Rønnestad & Stolanowski, 1997).

### 6.2.2 Virksom læring

Respondenten gjengir som beskrevet over at de opplever å ha hatt et læringsutbytte av både undervisningen og i de veiledende refleksjonsgruppene. Men de forteller også at det er kombinasjonen av disse to undervisningsformene sammen som har gitt best utbytte. Et relevant spørsmål til drøfting blir imidlertid om man dermed kan konkludere med at opplevd læringsutbytte nødvendigvis er det samme som faktisk læringsutbytte.

Det er forsket mye på ulike undervisningsformer og læringsutbytte. Jeg har tidligere pekt på at erfaringer fra en rekke etterutdannings- og kompetanseutviklingskurs dessverre ikke har forventet læringseffekt (Thygesen & Tønsberg, 2004). Hvilke læringsformer som gir godt læringsutbytte er et eget fagfelt i seg selv og jeg skal ikke gå dypere inn i dette på annet vis enn påpeke noen funn som der er gjort. Dette for å vise til at etterutdanningskurset mulig ville kunne resultere i ytterligere kompetanseøkning om man i tillegg til dialogbasert undervisning og veiledende refleksjonsgrupper hadde tatt inn elementer av praktisk undervisning, øvelser og hospiteringer i det kliniske felt. Det har vært en kritikk både mot sykepleiefaget og mot psykisk helsefeltet at man i økende grad har forsøkt å teoretisere og vitenskapliggjøre faget, og at man på denne måten har flyttet fokus fra den praktiske siden av faget (Teslo, 2006). Om man skal tro at denne beskrivelse av utviklingen er korrekt er det grunn til å påstå at vi har tapt noe på veien. Ikke bare fordi vi ved å teoretisere samtidig lager en distanse til praksisfeltet, men vi taper også mulig lærdom man kun kan oppnå ved interaksjon i praksisfeltet. En studie gjennomført med formål om å avdekke hvordan skolebarn inntar kunnskap konkluderte med følgende:

“Information or theory-only treatments (lectures, discussions, readings) increase knowledge by an effect size of about 0.50. (...) However— and this is an important finding— a large and dramatic increase in transfer of training— effect size of 1.42— occurs when coaching is added to an initial training experience comprised of theory explanation, demonstrations, and practice.” (Joyce & Showers, 2002, s.77)



Disse resultatene viser at det skjer en faktisk læring gjennom ordinær teoretisk undervisning. Det viser videre at det også skjer en viss økning i læringsutbytte om man tilfører undervisningen mulighet for refleksjon og meningsutveksling. Men det er først når man tilfører praktisk undervisning under veiledning at læringsutbytte for alvor gir resultater. I sykepleien er mester – svenn forholdet ofte fremholdt som en viktig læringsarena. Et læringsprinsipp som har lange tradisjoner i mange fag. Studien til Joyce og Showers (2002) konkluderer med at nettopp denne form for læring er den mest virksomme. Etterutdanningskurset har ikke lagt inne denne formen for læringsarena og har således gått glipp av en vesentlig anledning for læring. Dette kommenteres under oppgavens konklusjon og anbefalinger.

### **6.3 Kursets målsetting**

Jeg vil i dette avsnittet drøfte kursets målsetting og si noe om på hvilke måter disse synes å ha blitt oppfylt eller ikke. Til slutt vil jeg kort si noe om hvorvidt målsettingene fremstår som hensiktsmessige.

Et av kursets målsettinger har vært å stimulere til kompetanseheving gjennom refleksjon av egen og andres yrkesutøvelse. Som beskrevet innledningsvis har bruk av refleksjonsgrupper klare pedagogiske hensikter (Thygesen & Tønsberg, 2004). Denne læringsformen synes å ha vært en vesentlig del av kursets innhold, og det har både i de delte refleksjonsgruppene samt også i temadagene med forelesninger, lagt til rette for egen og felles refleksjon. Således kan det sies at kurset organisatorisk har vært hensiktsmessig ut fra målsetting. Flere av respondentene har også i intervjuene tilbakemeldinger om at de opplevde meningsutveksling og felles refleksjon som en viktig og lærerik del av kurset. Den tverrfaglige sammensetningen av kursdeltakere kan ytterligere har styrket muligheten for relevant og god meningsutveksling og refleksjon. Slik det er beskrevet blant annet i Andersen (2008), er dette en betingelse for tverrfaglighet.

Valget om å organisere kurset med en sammensatt og tverrfaglig yrkesgruppe synes også å ha bidratt til økt bevissthet hos kursdeltakerne. Økt bevissthet er også definert under kursets målsetting. På direkte spørsmål svarer flere av respondentene at nettopp økt bevissthet har vært et personlig utbytte de har hatt ved deltakelse på kurset. Det kan også synes som at kursets utvalg av tema har truffet, og som for kursdeltakerne har blitt opplevd som relevante. Det er tidligere beskrevet at flere har gjenkjent stoffet de har gjennomgått fra situasjoner i

praksis. At tema fra kurset har hatt relevans for praksisfeltet har gjort at kursdeltakerne har kunnet bli mer bevisste på egen kunnskap, eller mangel på sådan når de har stått overfor situasjoner i praksis.

Et annet punkt under kursets målsetting har vært å øke kunnskapene om psykisk helse og rus. Her var det på forhånd gjort en seleksjon over tema som ble fokusert og undervist om. Som beskrevet i kapitlet om kompetanse i psykisk helsearbeid er dette et fagområde som favner bredt. Det er i rapport fra SINTEF Helse redegjort for kompetansebehov både innen kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste hva angår psykisk helsearbeid (Ådnanes & Sitter, 2007). Denne viser hvor omfattende fagfeltet er, men sier samtidig noe om hvilke områder som bør prioriteres. Utvalg av tema i etterutdanningskurset synes ut fra gitt omfang å være representativ ut fra hva som ovenfor er nevnt som gitte anbefalinger. En utfordring som imidlertid har fremkommet i intervjuene har vært at det har vært ulike forutsetninger kursdeltakerne imellom hvorvidt undervisningen har blitt tilrettelagt og presentert på et tilpasset faglig nivå. Her kan det synes som at den ”gylne middelvei” ikke nødvendigvis har vært hensiktsmessig. Flere av respondentene svarer at de opplevde å ikke ha tilstrekkelig bakgrunnskunnskaper for å kunne nyttegjøre seg undervisningen fullt ut. Andre igjen fortalte at de opplevde samme undervisning som repetisjon fra noe de kunne fra før. Det kan derfor ikke utelukkes at ønsket om en tverrfaglig gruppe dermed ha gått ut over ønsket læringsutbytte.

Ett tema som av flere ble nevnt som spesielt vesentlig for hva de selv ønsket mer kunnskap om var rus. Flere fortalte at de synes rus ikke i tilstrekkelig grad ble vektlagt. De samme respondentene forklarte dette med at de i arbeidet opplevde rus som spesielt aktuelt og en utfordring som de svært ofte stod overfor. At rus er noe svært mange helsearbeidere står overfor i sitt arbeide bekrefter de nasjonale mål og hovedprioriteringer som er satt fra Helsedirektoratet (Hdir, 2012), der det også beskrives at dette tema og de utfordringene det medfører er i økning. Av etterutdanningskursets ni ulike tema, var rus hovedtema i to av disse. Selv om også rus har vært omtalt også under flere av de andre tema, kan det ikke utelukkes at rus, sett med det omfang og den aktualitet som eksisterer, mulig har vært for lavt prioritert i kurset.

Kursets to siste målsettinger, om å heve kvaliteten på helse- og sosialtjenestene, samt målsettingen om å tilfredsstille kvalitetskrav innen psykisk helsearbeid fremstår begge som

noe upresise og vanskelig målbare. Jeg velger derfor å ikke ta disse inn som del av overstående drøfting, men omtaler disse i det videre som eget punkt.

### 6.3.1 En hensiktsmessig målsetting?

Som beskrevet og forsøkt drøftet over, synes de første deler av kursets målsetting å være både presise, forståelige og samtidig i noen grad også målbare. Ut fra hva beskrevet fremstår de også som hensiktsmessige. Når det gjelder andre deler av kursets målsettinger er ikke dette samme tilfelle. Hva gjelder kursets to siste målsetting er det vanskeligere å si noe presist om, da de fremstår som av mer generell karakter. Spesielt kursets målsetting om å heve kvaliteten på helse- og sosialtjenestene i forhold til psykisk helsearbeid og rus fremstår som noe generelt og vanskelig målbart. En tettere knytning mot de første målsettingene vil heller kunne fremstå som mer forståelig og kanskje da også mer hensiktsmessig. Da sett ut fra om man tenker seg at økt kunnskap og bevisstgjøring av helsearbeidere, som er et av de øvrige målsettingene, vil kunne ha som et resultat at kvaliteten på helse- og sosialtjenestene ble økt eller hevet. Presentert som selvstendig målsetting fremstår imidlertid overnevnte målsetting som noe upresist og vanskelig målbart.

Om kursets siste målsetting, om å tilfredsstille kvalitetskrav innen psykisk helsearbeid finner jeg det også vanskelig å si noe kortfattet eller entydig. Heller ikke sett i lys av de data jeg har innhentet finner jeg tilstrekkelig grunnlag for relevante betraktninger. Målsettingen er å tilfredsstille kvalitetskrav. Det er imidlertid ikke definert hvilke kvalitetskrav man henstiller mot. Det foreligger innen både helse- og sosialtjenestene en rekke kvalitetskrav. Både kvalitetskrav hva gjelder den enkelte helsearbeider, de ulike fagtjenester og til helse- og sosialtjenesten generelt. Det lar seg ikke kortfattet gjengi alt hva disse omhandler. En måte å tolke denne målsetting er om det kan menes at gjennomføring av kompetansehevingstiltak som dette kurset er en del av, i seg selv kan være del av et kvalitetskrav som foreligger. Det fremkommer imidlertid ingenting om dette slik det er beskrevet. Om at kurset i seg selv skal tilfredsstille gitte kvalitetskrav ved å faktisk være et tilbud og dermed oppfylle et gitt kvalitetskrav. Det er heller ikke differensiert mellom hva som er kursets målsettinger ment for kursdeltakerne eller hva som er ment for kurset i seg selv. Målsettingen slik den er definert fremstår ut fra overstående som mangelfull på vesentlige områder.

## **7. METODISKE OVERVEIELSER**

### **7.1 Valg av design**

Det er for denne studien valgt en kvalitativ design. De funn som er gjort er dermed presentert på ett annet sett enn om det var benyttet en kvantitativ design. Dette har fått følge både for hvilke funn datainnsamlingen har avstedkommet, og det får og en betydning for den påfølgende analyseprosess. Det finnes gode argumenter for bruk av begge design. Jeg har tidligere også beskrevet mulighet for en samtidig bruk av de ulike metoder. Valg av metode er imidlertid ikke tilfeldig og begrunnet i følgende. I denne studien er det valgt ut fra et ønske om å få en dypere forståelse og avklaring av de forskningsspørsmål jeg har stilt, en mulighet som jeg mener man i denne studien mer begrenset omfang ville få tak i ved bruk av kvantitative data. Der man i den kvantitative metode i hovedsak presenterer sine funn gjennom statistikk og statistisk analyse, vil man ved bruk av kvalitative metoder kunne presentere både karaktertrekk og særegenheter man vanskelig kan få fatt på uten bruk av direkte intervju eller samhandling med den eller de man søker kunnskap fra (Thornquist, 2003). En annen vesentlig forskjell mellom kvantitativ metode versus den kvalitative er at man innen den kvalitative lar forskningsproblemstillingene bli klarere underveis i arbeidet. Der man først gjør en avgrensning initialt i arbeidet, men hvor man etter hvert som man kommer dypere inn i fenomenet har mulighet til å foreta en ytterligere avgrensning. På denne måten kunne jeg tilpasse arbeidet underveis og dermed komme så tett opp mot, eller inn mot kjernen av det jeg har undersøkt (Karlsdottir & Moen, 2011). Ved kvantitativ metode er man mer styrt ut fra hva man på forhånd har bestemt seg for, og man har følgelig ikke samme anledning til justeringer underveis.

I denne studien har det vært relevant å finne mer ut av på hvilken måte etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid har bidratt til kompetanseheving for de helsearbeiderne som deltok. Enkelte av disse svarene kunne lett seg besvare ut fra en kvantitativ metode, men ved bruk av en kvalitativ tilnærming åpner muligheten seg for å få mer dybdekunnskap omkring helsearbeiderne og hvordan deres kompetanse og yrkesvalg har blitt påvirket av deltakelse på etterutdanningskurset. Et annet moment som vanskeliggjør en kvantitativ metode er at både grunnlaget og utvalget av respondenter i denne studien har vært svært begrenset. Dette vil gjøre at det statistiske grunnlaget er lite for kvantitativ analyse og i kun begrenset omfang vil kunne ha overføringsverdi videre.

## **7.2 Utvalg**

Et validitetsproblem ved studien er den relativt lave antall respondenter som har blitt intervjuet. Nær 30 % av gruppen er intervjuet. Den resterende gruppen med deltakere vet vi ikke noe om. Resultatene av studien må derfor leses i denne kontekst og tolkes med en viss forsiktighet. Et annet validitetsproblem med studien er den store ulikheten i utdanningsnivå og erfaringsbakgrunn hos kursdeltakerne. Denne utfordringen er forsøkt utlignet ved at respondentene i utvalget også bestod av deltakere med ulike både utdanning og yrkesbakgrunn. Således kan utvalget som er blitt intervjuet sies relativt sett å være representativt for hele modermassen undersøkelsen retter seg mot.

## **7.3 Datainnsamling**

Utforming av intervjuguide har vært viktig for å sikre innhenting av relevante data. De erfaringene jeg nå i ettertid har, etter å ha benyttet denne gir grunnlag for noen refleksjoner. Av hensyn til å få et håndterbart omfang av innhentet data, valgte jeg i stor grad å være tro mot intervjuguiden. Dette har som nevnt hatt en årsak, men dette valget har også medført at jeg i mindre grad har kunnet la samtalen åpne opp for tema litt på siden av hva jeg direkte har spurt om. Som beskrevet av Malterud (2011) fremheves i de kvalitative intervju muligheten av å kunne stille åpne spørsmål. Mitt valg av å følge en relativt streng spørsmålstrategi knyttet mot intervjuguiden kan ha medført at jeg dermed har gått glipp av relevant data. Oppsummert er det imidlertid min opplevelse at jeg har truffet relativt godt med hvilke spørsmål som er stilt, sett mot de tema jeg har ønsket å innhente data om. Dette med unntak i spørsmål knyttet mot kursets siste målsettinger. Om kvalitetskrav innen psykisk helsearbeid. Sett i ettertid har intervjuguiden ikke i tilstrekkelig grad vært utformet slik at jeg har fått inn nok data om dette tema.

Et annet tema vedrørende datainnsamling har vært tidspunkt for gjennomføring av denne evalueringsstudien med tanke på tidsdifferansen mellom kursets avslutning og gjennomføring av denne evalueringen, et tidsspenn på ca to og et halvt år. Tidsdifferansen har etter sannsynlighet medført at en del informasjon er gått tapt, da respondentene i tiden siden de deltok på kurset har glemt viktige deler. Enkelte av respondentene bemerket også dette. På den annen side så har tidsdifferansen muliggjort å innhente data hvorvidt deltakelse har hatt varig læringsutbytte hos deltakerne. Informasjon om dette vil i mindre grad kunnet fremskaffes om evalueringen hadde blitt gjennomført på et mye tidligere tidspunkt.

## 7.4 Kildekritikk

Som beskrevet under kapittel 4 om de metodiske valg som er gjort for denne studien benyttes en kvalitativ metode, med teoretisk referanseramme innen den hermeneutisk-fenomenologiske vitenskapstradisjonen. Litteratursøket er derfor innskrenket i henhold til dette valg og med fokus på studier og litteratur knyttet til forskning på utdanning og kompetanse om psykisk helsearbeid i denne vitenskapstradisjon. Dette valg og denne avgrensning vil imidlertid også ha direkte innvirkning på hvilke treff jeg får på de søk som er gjort. Ved valg og bruk av en annen forskningsmetode ville jeg etter all sannsynlighet kommet frem til annen litteratur og dette vil i sin tur kunne innvirke til andre resonnement og slutninger.

De søk som er gjort og det utvalg av litteratur som er tatt inn som litteraturreferanse i oppgaven er i all hovedsak innen nordisk litteratur. Dette valg skyldes dels at antall treff på de valgte søkeord har gitt både stort antall treff, samt slik jeg ser det, også en relativt god bredde innen ulik faglig tilnærming og fortolkning. Dels har det vært vanskelig å finne utenlandske kilder som bygger på tilsvarende utdanningssystem som gjeldende etterutdanningskurs. Det er imidlertid grunn til å tro at sammenlignbare studier vil kunne finnes. Et bredere og mer omfattende søk i internasjonale databaser vil dermed kunne ha styrket evalueringstudien. En stor del av litteraturen er også innhentet som resultat av en prosess der jeg har fulgt de kildehenvisninger oppgitt i sentrale bøker og artikler jeg har benyttet. Dette fører til at jeg har stått i fare for å følge et spor som i liten grad åpent går i bredden, men heller følger tidligere forskeres spor. Det er grunn til å anta at mitt valg av kvalitativ metode også i dette øyemed har fått konsekvenser for min kildebruk, og at denne nok har vært i overvekt styrt ut fra kilder relevant for denne metode. Ved bruk av andre databaser ville mine kildefunn kunne vært annerledes. Eksempel på database som ofte ellers er brukt innen helseforskning, er The Cochrane Collaboration. Den norske delen av denne basen finnes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Cochrane-basen er imidlertid ikke av alle fagmiljøer like hyppig benyttet, da den i hovedsak består av meta-analyser bygget på forskning innen den evidensbaserte kvantitative forskningstradisjon. Jeg har tidligere redegjort for og pekt på at det finnes et mangfold av teoretiske forståelsesmetoder innen psykisk helsefeltet, og det har siste årtier vært en dreining av hvor helsearbeideren og også helsevesenet velger å hente informasjon til sin kunnskapsdannelse (Haugsgjerd m.fl. 2006). Litteratursøk til denne oppgaven er derfor forsøkt gjort i databaser jeg har funnet relevant for tema, med dertil de funn som er gjort.

## 7.5 Om å forske på eget arbeid

Å forske på "sine egne" er verken unikt eller sjeldent. Forskere har i all tid undersøkt og forsket i praksisfelt de selv har vært, eller er en del av. Fordi respondentene ikke har bestått av det som defineres som sårbare grupper, har ikke denne studien først måtte realitetsbehandles i Regional etisk komitè, REK. Studien er å regne som et kvalitetsforbedringsarbeid, og ligger således ikke innenfor REK sitt ansvarsområde (Hummevoll, 2010). Å gjøre undersøkelser i eget praksisfelt stiller imidlertid krav til oppmerksomhet. En faktor som for min del har vært av spesiell viktighet i denne studien har vært å ha fokus på er at jeg selv har vært medvirkende både til utformingen samt gjennomføring av etterutdanningskurset. Når jeg nå også skal evaluere samme kurs vil det derfor sette krav til at jeg klarer å ha et bevisst forhold til dette.

Som beskrevet i mine valg av metode utgjør dette en faglig utfordring. Dette har imidlertid også en etisk side. Som student har jeg ønske om å lykkes med å levere en god besvarelse og i siste instans å få en sterk karakter. Videre så har jeg og det som kan defineres som et "eierforhold" til etterutdanningsstudiet jeg evaluerer all tid jeg selv har vært med både å utforme dette samt gjennomføre det. Når jeg så skal evaluere de ulike effekter vil mine ønsker om å ha lykkes være innvirkende på resultatet. I denne konteksten vil behovet for å gjengi så eksakt som mulig være av stor betydning. Slik at det jeg her presenterer kan være så "sant" som mulig. Ordet "sant" er bevisst satt i apostrof da man aldri vil kunne gjengi enhver uttalelse eller situasjon som helt og holdent fri for fortolkning, og således vil man aldri kunne påstå at noe som er gjengitt fra andre kan kalles å være hundre prosent "sant" (Aadland, 2002). For å unngå at min innflytelse påvirker i for sterk grad, eller leder fokus bort fra eventuelle negative funn, blir mine metodiske valg derfor avgjørende. Et fortløpende kritisk fokus på dette momentet har vært viktig. Og det har vært av vesentlig betydning at arbeidet gjort så transparent som mulig, slik at andre kan gjøre nødvendige avveininger om mine funn og konklusjoner bygger på reelle fakta, eller om de i uhensiktsmessig grad er påvirket av min innflytelse.

Det ligger imidlertid også en fare i det at jeg også lett kan havne i den andre "grøften". Nemlig at jeg i for stor grad lar meg styre av metoden, for metodens egen skyld. Også her ligger det et etisk moment. Aasland (2009) drøfter dette aspektet i boken "Å forske blant sine egne":

"Tilfeller hvor dette blir særlig synlig, er studentarbeider, helt opp til doktorgradsavhandlinger, hvor man skal vise at man behersker en vitenskapelig metode

anvendt på et praksisfelt. Her blir det lett et stort fokus på metoden for metodens skyld. Men andre ord, middelet blir et mål i seg selv, forårsaket av at drivkrefter som faglig nysgjerrighet og praksisfeltets underliggende etikk havner i skyggen av ønsket om, og presset på, å tilfredsstille akademias interne regler.” (ibid., s.77)

Mine valg av metode og min evne til å presentere mitt arbeid og resultater blir viktig. Og det blir vesentlig at mitt arbeid presenteres på en slik måte at andre kan ”gå meg i sømmene” og etterprøve både mine data og mine konklusjoner og vurderinger. Innen all forskning vil kravet om etterrettelighet være sentralt. Dette har med å gjøre om forskningsresultatene har konsistens og troverdighet eller ikke (Kvale, 1997). Ideelt sett skal en annen forsker, på et senere tidspunkt, kunne gå inn i det innsamlede materiale og finne frem til de samme resultater som i den opprinnelige studie. Dette er imidlertid vanskelig å sikre på alle områder, og det er også elementer i den kvalitative metode som vanskeliggjør at forskningsarbeider kan repliseres eksakt. Det vil derfor ved bruk av en kvalitativ metode spesielt være viktig at arbeidsprosessen i sin helhet gjøres transparent, eller sagt med andre ord, presenteres med så stor åpenhet som mulig slik at andre både parallelt og i etterkant kan se hvilke valg som er gjort, hvilke vurderinger som er trukket, og på hvilket grunnlag (ibid.).



## 8. KONKLUSJON

Tema for denne studien har vært å gjennomføre en evaluering av etterutdanningkurs i psykisk helse og rus, gjennomført i regi av Hoved-Undervisningssykehjemmet region sør. Hensikten har vært å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etterutdanningskurset som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse.

Evalueringen har bestått av intervju med åtte av kursdeltakerne og hvor de innsamlede data har blitt bearbeidet gjennom en kvalitativ innholdsanalysemodell. De bearbejdede data danner grunnlag og være til støtte for vurderinger om hvordan man i det videre kan tilrettelegge og tilby slike kurs.

Hovedessensen av de fremkomne data peker mot at kurset har hatt en positiv læringseffekt hos deltakerne. De har opplevd å få tilført nyttig og relevant kunnskap om psykisk helse og rusarbeid, og et flertall påpeker at gjennomføring av kurset har medført en økt bevissthet og kompetanse til tema. Psykisk helse og rusarbeid er et tema stadig flere helsearbeidere møter i sin hverdag. Dette er en erkjennelse som både fremkommer hos helsepersonell selv, men er også poengtert fra de nasjonale myndigheter. Det er i studien pekt på at dette er et fagfelt som er endring og behovet for kunnskap er i økning. Studien viser at kurs, organisert og gjennomført på denne måten, når frem til helsearbeidere der de er, i den praktiske hverdag de står i. Erfaringer fra studien viser at formidling av kunnskap som er forankret i praksis og løftet frem i en tverrfaglig kontekst, gir deltakerne økt kompetanse som er relevant for arbeidet. Brukerperspektivet synes å være en rød tråd som følger gjennom kurset. Kursdeltakerne synes å ha tatt dette inn som en viktig del av deres læring og har vist til at de gjennom kurset har fått økt forståelse av brukerperspektivets betydning i det psykiske helsearbeidet. De utfordringer som er avdekket synes i første rekke å handle om at gjennomføring av felles kurstilbud på tvers av fag og utdanningsnivå er krevende og setter begrensninger for mulighet for fordypning på enkelte tema.

Det er fremkommet at kursdeltakerne har opplevd godt læringsutbytte. Vekslingen mellom undervisning og veiledende refleksjonsgrupper synes hensiktsmessig og god. Underveis i evalueringen har det imidlertid fremkommet at en økt bruk av praksisnær undervisning og også en mulig bruk av praksisfeltet som læringsarena ytterligere kunne forsterket læringsutbytte hos kursdeltakerne.

Et viktig funn i evalueringen er om kursets målsetting, da denne synes å ha vært for lite presist definert. Dette har vært en utfordring i evalueringsarbeidet. Men viktigst vil en mer presis og bearbeidet målsetting kunne lagt grunnlag for bedre kvalitetsutvikling av kurset underveis og ved videreføring av kurset.

Helsearbeideren står i sin hverdag overfor stadig nye utfordringer. Psykiske plager og rusavhengighet i befolkningen synes i økning om man skal tro de innspill som kommer fra nasjonale myndigheter. Helsearbeiderne som er intervjuet i denne studien forteller om sammenfallende opplevelser. En utfordring fremover blir hvordan et erkjent behov for økt tilførsel av kompetanse kan sikres, i en stadig mer travel hverdag. Med de funn og erfaringer denne studien har avdekket er det grunn til å tro at dette og lignende kurs vil kunne være et viktig bidrag til å imøtekomme dette kunnskapsbehovet.

## 9. LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2002). *"Og eg ser på deg-": Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*, Oslo: Universitetsforlaget.

Aasland, D. G. (2009). *Universitetets oppgave i samfunnet – med utgangspunkt i et konkret eksempel*. Artikkel i Garmann, Halvorsen og Repstad (red.) (2009). *Å forske blant sine egne*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. E. (red.) (2011). *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, A. J. W. (2008). *Kunnskapen ligger mellom oss: Samarbeid til barns beste i en brytningstid*. Artikkel i Bivrost, nr 3, årgang 19, Landsforeningen av psykiatriske sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. E. (red.) (1998). *Psykiatrici i endring: Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Andersen, B. J. (2006) *En evalueringsrapport om studenters og arbeidsgiveres utbytte av SEPREP T.U.* Sammendrag Rapport nr. 1 – 2006. Dialog 16 (2), s. 62-77.

Andvig, E. (2010). *Når forskningsmakten utfordres*. Artikkel i Lyberg, A. (red.), Hummelvoll, J. K. & Andvig, A. *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*, Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borge, L., Hummelvoll, J. K. & Ulland, Erna (1997). *Kompetanse og yrkesidentitet*. Artikkel i *Vård i Norden* 18 (1), s. 25-32.

Dyregrov, A. (1993). *EMDR – ny metode for traumebehandling*, Artikkel i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, s. 975 – 981.

Ellefsen, B. & Foss, C. (red.) (2005). *Helsetjenesteforskning: Perspektiver, metoder og muligheter*, Oslo: Universitetsforlaget.

Epsiteme Forskning og SamfunnsEvaluering (2006). *SEPREP Tverrfaglig utdanningsprogram. En evalueringsrapport om studenters og arbeidsgiveres ytbyttte av SEPREP Tverrfaglig utdanningsprogam*, Sammendrag av Rapport 1. Oslo: Episteme forlag.

Eriksson, B. G. & Karlsson, P. Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*, Stockholm: Gothia Forlag.

Fagermoen, M. S. (2005). *Kvalitative studier og kvalitetskriterier*, Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, vol. 7, nr. 2. Oslo: Norsk selskap for sykepleieforskning.

Follo Distriktpsikiatriske senter, DPS (2006). *Evaluering av SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram*. Rapport, Follo DPS, Oslo: Aker HF, Klinikk for psykisk helse.

Fossum, M. (1999). *Kompetanse, kompetanseutvikling og arbeidsmiljø hos sykepleiere i sykehjem*. Hovedfagsoppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, Oslo: Universitetet i Oslo.

Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra Idè til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*, 2. utgave. Oslo: Tano Ashcehoug forlag.

Gustavson, B. (2009). *Utbildningens förändrade villkor – nya perspektiv på kunskap, bildning og demokrati*, Stockholm: Liber AB.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24(2), 105-112.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J. A. (2006). *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*, 2. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Harsvik, T. & Ådnanes, M. (2007). *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Rapport A2954. Oslo: SINTEF Helse.

Hatling, T. & Østbye, R. (1998). *Kunnskapens kompleksitet – psykiatriens store utfordring*. I Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. (red.) *Psykiatri i endring: Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012; Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. (Rundskriv IS-1/2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Hippe, K., Tendland, L., Tomren, A. (2000). *Psykiatrisk kompetanseheving i kommunene: Kringler og krumspring*, Oslo: Kommuneforlaget AS.

Hoved-USH (2009). *Etterutdanningskurs i psykisk helse – rus*, Rapport nr 2 / 2009. Hovedundervisningssykehjemmet for region sør.

Hummelvoll, J. K. (2010). *Flerstegsfokusgruppeintervju: En sentral metode i deltakerbasert handlingsorientert forskningssamarbeid*, Artikkel i Klinisk Sygepleje, 24. årgang, nr. 3. s.4-13.

Hummelvoll, J. K. (2008). *Etiske problemstillinger i handlingsorientert forsknings-samarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer*. Artikkel i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 5 (2), 131-142.

Hummelvoll, J. K. (2007). *Fokusgruppeintervju: En sentral metode i handlingorientert forskningssamarbeid*. I Beston, Gro m.fl. *Handlingsorientert forskningssamarbeid* (Rapport nr.1) Elverum: Høgskolen i Hedemark.

Hummelvoll, J. K. (red.) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis, Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J. K. & Røsset, O. (1998). *Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie: En evaluering av utdanningens praksisrelevan.*, Rapport nr. 9. Høgskolen i Hedemark.

Joyce, B. & Showers, B. (2002). *Student Achievement Through Staff Development*. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development.

Karlsdottir, R. & Moen, T. (2011). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*, Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Karlsson, B. (2003). *Erfaringsbasert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie?* Artikkel i Hummelvoll, J. K. (red.) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis, Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*, Oslo: Universitetsforlaget.

Karlsson, B. (2007). *Kompetanseutvikling i lokalt basert psykisk helsearbeid – en kvalitativ evalueringstudie*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol.4 nr. 2, s. 156-165.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap i praksis?*. Oslo: Ad Notam Forlag.

Kolstad, A. (2011). *Psykisk helsearbeid – behovet for ny kunnskap*. Artikkel i Andersen & Karlsson (red.) (2011). *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldedal akademisk forlag.

Kvale, S. (1990). *Kunnskapsevaluering og maktdestentralisering*, Artikkel i Granheim m.fl. (1990). *Utdanningskvalitet – styrbar eller ustyrlig?* Oslo: Tano Forlag.

Kvale, S. (red.) (1989). *Issues of Validity in Qualitative Research*, Studentlitteratur, Lund, Sweden.

Lorensen, M. (red) (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse-og omsorgstjenesteloven), Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

LOV-1999-07-02-61 *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

LOV-1999-07-02-62 *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

NIFU (2005). *Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern*. Arbeidsnotat 4/2005, Norsk institutt for studier av forskning og utdanning / Senter for innovasjonsforskning, Oslo: NIFU STEP.

Nordhaug, O. (1990). *Læring i organisasjoner, utvikling av menneskelige ressurser*, Oslo: Tano forlag.

Norges forskningsråd (2009). *Evalueringsplanen for psykisk helse (2001-2009) Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Rapport, Oslo: Norges forskningsråd.

Norges forskningsråd (2004). *Evalueringsplanen for psykisk helse: Konklusjoner og policyutfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsrapporter*. Rapport, Oslo: Norges forskningsråd.

NOU 2005:1 *God forskning – bedre helse, Helsinkideklarasjonen*, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Nyttingnes, O. & Skjerve, A. G. (2011). *Utdanning til morgendagens praksis: Videreutdanning i psykisk helsearbeid i lys av utvalgte statlige føringer*, Artikkel i Andersen & Karlsson (red.) (2011). *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri, Pionerar, vekst og utvikling*, Bergen: Fagbokforlaget.

Regeringens propotion 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor, Stockholm: Riksdagen.

Rognes, W. (2000). *Psykoterapiforskning, terapeutisk relasjon og tillit*, Artikkel i Impuls, nr. 2. Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Rogan, T. (2004). *Opptappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 1 (1), s. 4-12.

Rogan, T. (2011). *Paradigmeskifte i norsk psykisk helsearbeid*, Artikkel i Andersen & Karlsson (red.) (2011). *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rønnestad, M. H. & Stolanowski, P. A. (1997). *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

SEPREP (2000). *Fagplan for SEPREP: Tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlig psykiske lidelser*. Oslo: Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.

Sitter, M. & Ådnanes, M. (2004). *Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid – status i spesialisthelstjenesten og i kommunene i 2002*, Rapport STF78. Oslo: SINTEF Helse.

Sitter, M. & Ådnanes, M. (2007). *Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998 – 2005: Nås Opptappingsplanens mål innen 2008?* Rapport A851. Oslo: SINTEF Helse.

Skar Dokka, H. (2011). *Behandlingslinjer ved Klinikk for psykisk helse, SSHF*, EK-Web. Kristiansand: Sørlandet Sykehus HF.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Evaluering av SEPREP tverrfaglig utdanningsprogram knyttet til Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008)*. Delrapport 2005. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Sosial- og Helsedirektoratet (2004). *Rett person på rett plass: Handlingsplan for helse og sosialpersonell*, Rapport nr. 3. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn (2001). *Kompetansebehov i psykisk helsevern*, Utredningsserie 4-2001, IK-2740, Oslo: Statens helsetilsyn.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial og Helsedepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) *Opptappingsplan for psykisk helsearbeid*. Oslo: Sosial og Helsedepartementet.

Teslo, A. L. (red.) (2006). *Mangfold i faglig veiledning for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thygesen, E. & Tønsberg, A. K. F. (2004). *Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?* Rapport. Skriftserien nr 111. Høgskolen i Agder, Fakultet for helse- og idrettsfag.

Tranøy, K. E. (2007). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*, 7. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønsberg, A. K. F. (2000) *Kompetanse på sykehjem*. Publikasjonsserie 2/2000. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Undervisningssykehjem (2006). *Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten, Psykisk helsearbeid studieperiode 2004 – 2005*. Rapport. Hovedundervisningssykehjemmet for helseregion Sør.

Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur AB.

## Semistrukturert intervjuguide

## Vedlegg 1.

*(Respondentene har før møtt intervjueren. Da i rolle som veileder på kurset de deltok på. Innledningsvis og forut for at selve intervjuet starter gis derfor informasjon til avklaring om student/forskerrollen.)*

### Studiens hensikt

Hensikten med mitt mastergradsarbeid er å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etter-/videreutdanningskurs som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse. Med dette som mål har jeg utformet noen spørsmål jeg vil stille deg:

1. Hva husker best fra kurset? *(Presenteres tydelig som åpningsspørsmål)*
2. Om du skulle nevne noe fra kurset som du spesielt opplever å ha bidratt til økt kunnskap for deg i din yrkesutøvelse, hva skulle det være?
  - a. Er det flere spesielle ting du husker fra kurset?
3. Har, og i så fall på hvilken måte, har deltakelse på kurset bidratt til at du er mer oppmerksom og opptatt av temaet psykisk helse og rus?
  - a. Hva vil du si var kursets viktigste bidrag til dette?
4. Kurset var delt i forelesninger og veiledende refleksjonsgrupper. Kan du si noe om hvordan du opplevde disse to stedene som læringsarena?
  - a. Opplevde du at det ene av stedene ga deg best læringsutbytte i forhold til det andre?
  - b. Kan du i så fall si noe om på hvilken måte?
5. På hvilken måte tror du gjennomføring av kurset har innvirket på deg som helsearbeider?
6. Har kurset hatt betydning for dine valg av arbeid og utdanning i ettertid?
  - a. På hvilken måte?
7. Hva savnet du med kurset som du tror ville gitt deg ytterligere kompetanseøkning?
8. Har du forslag til endringer?
9. Om du skulle fortelle fritt om kurset til dine kollegaer, hva vil være ditt hovedbudskap?
10. Er det noe jeg ikke har spurt om som du gjerne vil fortelle i forbindelse med dette intervjuet? *(Presenteres tydelig som avslutningsspørsmål )*





Høgskolen i Hedmark

Vedlegg 2.

Campus Elverum

Institutt for sykepleie og psykisk helse

**Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med min masteroppgave.**

Du som mottar dette brev deltok på 1-årig etterutdanningsstudium i psykisk helse – rus i 2008/09 i regi av hoved-Undervisningssykehuset region Sør.

Enkelte av dere husker kanskje også hvem jeg er; Bjarte Austvik. Jeg er nå masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og holder på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er etterutdanningsstudiet i psykisk helse – rus som du deltok på. Jeg er interessert i å finne ut om hvilket læringsutbytte deltakelse på dette studiet har hatt for deg og de andre som deltok på studiet.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervju med 8 utvalgte deltakere fra studiet. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan studiet har innvirket på deg som fagperson i tiden etter avslutning. Deretter vil jeg invitere alle 31 deltakere fra studiet til en rundebordskonferanse der jeg vil presentere de funn jeg har gjort gjennom de første 8 individuelle intervju. På denne måten vil dere alle kunne gi direkte tilbakemeldinger og eventuelle komme med korrigeringer og tilføyelser. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

Det individuelle intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted for de som sier seg villige til å delta. Rundebordskonferansen vil vare i ca 2 timer, og vil bli arrangert i undervisningssenteret ved Utviklingssenteret Songdalen kommune. Kommunene der dere arbeider er medlem av Knutepunkt Sør samarbeidet, og det vil derfor kunne tilrettelegges for at dere kan få fri fra arbeidet med lønn for å delta. Ta kontakt med meg, så bistår jeg med å avklare dette med din leder. Utgifter til reise vil bli dekket.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, ber jeg om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender til meg i vedlagte frankerte konvolutt.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 911 07 472, eller sende en e-post til [bjarte.austvik@stud.hihm.no](mailto:bjarte.austvik@stud.hihm.no) Du kan også kontakte min veileder førsteamanuensis Sevald Høye ved institutt for sykepleie og psykisk helse, Høgskolen i Hedmark, på telefonnummer 62 43 02 02 / 905 23 818. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen

Bjarte Austvik  
Rødhettesvei 35  
4638 Kristiansand  
Tlf. 911 07 472  
Epost: [bjarte.austvik@stud.hihm.no](mailto:bjarte.austvik@stud.hihm.no)

Sevald Høye  
Tlf. 905 23 818  
Epost: [sevald.hoye@hihm.no](mailto:sevald.hoye@hihm.no)



Høgskolen i **Hedmark**  
Campus Elverum  
Institutt for sykepleie og psykisk helse

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon om studien gjennomført av Bjarte Austvik i forbindelse med hans mastergradsoppgave og ønsker å stille på intervju.

Navn: ..... (vennligst bruk blokk-bokstaver)

Telefonnummer: .....

Nåværende arbeidssted:.....

Signatur:.....

Underskrevet samtykkeerklæring legges i vedlagte ferdigfrankerte konvolutt.



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Institutt for sykepleie og psykisk helse

## **2. FORESPØRSEL om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave**

For kort tid siden fikk som deltok på etterutdanningskurset i psykisk helse – rus i 2008/09 en forespørsel om å delta i intervju. Det har kommet enkelte tilbakemeldinger med spørsmål om hva et slikt intervju innebærer. Enkelte har også sagt at de har kviet seg for å svare ja til å delta, da de har oppfattet dette som en kunnskapstest.

Det er viktig å presisere at det ikke vil bli spurt om detaljer og faktakunnskaper som den enkelte måtte huske etter deltakelse på kurset. Hensikten med intervjuene er at jeg ønsker å få økt kunnskap om hvilket læringsutbytte deltakelse på kurset har hatt. Alle svar er for meg like viktige og ingen svar er riktige eller feil. Det er nettopp ulikhetene som er interessante.

Mitt mastergradsarbeid er en oppdragstudie fra de som arrangerte kurset dere deltok på, nemlig hoved-Undervisningssykehjemmet for helseregion sør, nå Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Vest-Agder. Resultatene fra masteroppgaven vil videre bli brukt som bidrag til fremtidige kurs blir utformet og gjennomført på en så hensiktsmessig måte som mulig. Din deltakelse vil således kunne være et viktig bidrag for kvalitetsforbedringsarbeidet som gjøres innen fagutvikling av det kommunale psykiske helsearbeidet der dere arbeider, eller har arbeidet, dere har sluttet.

Av de av dere som svarer ja til å delta vil 7-8 bli trukket ut til å delta på individuelle intervju. I etterkant av intervjuene vil samtlige som har svart ja til å delta bli invitert til en rundbordskonferanse der alle får muligheten til å komme med tilbakemeldinger. Utvelgelse av de første 7-8 blir utført i samarbeid med veileder/førsteamanuensis Sevald Høye ved Høgskolen i Hedmark, etter strategisk valgte kriterier.

Ta gjerne kontakt med meg eller min veileder om du har spørsmål vedrørende deltakelsen.

Vennlig hilsen

Bjarte Austvik  
Rødhettesvei 35  
4638 Kristiansand  
Tlf. 911 07 472  
E-post: [bjarte.austvik@stud.hihm.no](mailto:bjarte.austvik@stud.hihm.no)

Sevald Høye  
Tlf. 905 23 818  
E-post: [sevald.hoye@hihm.no](mailto:sevald.hoye@hihm.no)



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Sevald Høye  
Institutt for sykepleie og psykisk helse  
Høgskolen i Hedmark  
Postboks 400  
2418 ELVERUM

Vår dato: 19.03.2012

Vår ref: 29786 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29786	<i>Evalueringsstudie av interkommunal tverrfaglig etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid - rus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Sevald Høye</i>
Student	<i>Bjarte Austvik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Hildur Thorarensen

Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Bjarte Austvik, Rødhettesvei 35, 4638 KRISTIANSAND S



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 29786

Prosjektets formål er å evaluere etterutdanningskurs i psykisk helsearbeid - rus, for å få en mer inngående forståelse av hvilke faktorer ved etter-/videreutdanningskurs som synes å innvirke til godt læringsutbytte og forbedret kompetanse.

Utvalget består av ca. 31 ansatte innen kommunenes helse- og sosiale tjenester som deltok på etterutdanningskurset i psykisk helse - rus 2008/09. Rekruttering skjer ved at prosjektleder (som var veileder i kurset) sender skriftlig forespørsel til utvalget.

Det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.

Data innhentes ved personlig intervju og gruppeintervju. Det vil bli gjort lydopptak som transkriberes til PC. Datamaterialet vil være knyttet til direkte personidentifiserende opplysninger via kode som viser til en koblingsnøkkel.

Materialet registreres og oppbevares på privat pc. Det oppgis at datamaskiner beskyttes av brukernavn og passord og står på låsbart kontor. Det forutsettes at behandling av personopplysninger på privat pc er i tråd med Høgskolen i Hedmark sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Datamaterialet anonymiseres når prosjektet er avsluttet, senest innen 31.12.12. For at datamaterialet skal være anonymt må navn (på samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel) slettes. I tillegg må indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres/omskrives, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Lydopptak slettes.

<b>Tema:</b>	<b>Kategori:</b>	<b>Subkategori:</b>
Læringsutbytte	Opplevelse av læring	Gjenkjennelse
		Opplevelse av nytte
	Læringsnivå	Faglig nivå
		Trygg på eget fag
	Læringsarena	Aktiv og passiv læring
		Undervisningsformer
	Varig læring	Anvendelse av tilført kunnskap
		Stimulering til videre læring
Kompetanse	Personlig kompetanse	Fagkunnskap
		Erfaringskompetanse
	Felles basiskompetanse	Helhetsbilde
		Anerkjennelse
	Tverrfaglig kompetanse	Erfaringsutveksling
		Tverrfaglig forståelse
		Brukerperspektivet
Forbedring	Studiets organisering	Tilrettelegging og informasjon
		Forelesningene
		Refleksjonsgruppe
		Gruppeveileders rolle
		Eksamensvurdering eller ikke
	Omfang	Etterutdanningskurs eller fullt studium?
		Gruppestørrelser
		Utvalg av tema
Evalueringen	Validitet?	Når evaluere?